

الأسيرة

تأليف
برنارد بيرلسون

ترجمة
محمد محبوب
بهايرة مختار
د. محمود الوكيل العوضي الوكيل
د. خليل الديوان
تقديم
د. عزيز البنداري



برامج تنظيم الأسرة

(عرض دولي شامل)

نشر هذا الكتاب بالاشتراك

مع

مؤسسة فرانكلين للطباعة والنشر

القاهرة - نيويورك

ديسمبر سنة ١٩٧٢

برامج تنظيم الأسرة

(عرض دولي شامل)

بإشراف

برنارد بيرلسون

بقلم

طائفة من المتخصصين

ترجمة

جميلة مختار

محمد محبوب

الدكتور محمد دوح الكويل العنصر الكويل الدكتور خليل الديواني

تقديم

الدكتور عزيز البندري

المصدر

دار المعرفة

١٥ شارع صبري أبو علم - القاهرة

هذه الترجمة مرخص بها ، وقد قامت مؤسسة فرانكلين للطباعة والنشر
بشراء حق الترجمة من صاحب هذا الحق .

This is an authorized translation of **FAMILY - PLANNING
PROGRAMS** An International Study Edited by Bernard
Berelson. © 1969 by Basic Books, Inc. Published by
Basic Books, Inc., Publishers, New York, New York.

المشتركون في هذا الكتاب

المشرف على التحرير :

برنارد بيرلسون : رئيس مجلس السكان بالولايات المتحدة الأمريكية .
كان مديراً لقسم العلوم السلوكية ، بمؤسسة فورد ، ومديراً لمكتب البحوث
الاجتماعية التطبيقية ، بجامعة كولومبيا .

المؤلفون :

جون د روكفلر الثالث : مؤسس ورئيس لجنة الاوصياء بمجلس
السكان ، ورئيس ومؤسس مجلس التنمية الوراثة ، ومجتمع آسيا .

مينورو موراماتسو : مدير الإدارة الديموجرافية للصحة العامة ، ومعهد
الصحة العامة في اليابان . كان أستاذاً زائراً بجامعة جونز هوبكنز ، وأستاذاً
بمدرسة الطب التابعة لجامعة طوكيو .

تايلر لابل كيم : مدير مكتب الصحة العامة بوزارة الصحة والشؤون
الاجتماعية بـكوريا الجنوبية . كان رئيساً لقسم صحة الامومة ، وعاون في تنظيم
وحدة التقويم .

ل . ب . تشو : كان المؤسس والمدير لمركز الدراسات السكانية بتايوان ،
وهو الآن مدير المركز الصيني للتدريب الدولي على تنظيم الأسرة . وهو أستاذ
زائر بمدرسة الصحة العامة بجامعة جونز هوبكنز .

محمد خير جوهرى : وزير التربية ورئيس الهيئة الوطنية لتنظيم الأسرة ،
بماليزيا . وهو أحد المربين البارزين في بلاده .

ك . كاناجاراتنام : نائب مدير الخدمات الصحية بوزارة الصحة
بسنغافورة ، ورئيس هيئة السكان وتنظيم النسل .

ديباك بهاتيا : مفوض بمصلحة تنظيم الأسرة في الهند ، وهو أحد أطباء

الصحة العامة في الهند ، وكان له دور بارز في نشر برنامج تنظيم الأسرة هناك .
لأنفر آدبيل : سكرتير قسم تنظيم الأسرة الحكومي بباكستان ، وقد ساعد
في إقامة برنامج تنظيم الأسرة والمهدد الوطني لبحوث تنظيم الأسرة في باكستان
منذ سنة ١٩٦٥ .

تيرجت ميتنر : المدير العام لقسم تنظيم الأسرة والمعونة الاجتماعية ، وهو
عضو بالجنة التنفيذية لجمعية تنظيم الأسرة بتركيا .

آمور دال : المدير الطبي المساعد بوزارة الصحة بتونس ، حيث يتولى
مسئولية تنمية وتطوير الخدمات الصحية ، بما فيها تنظيم الأسرة .

أطونيو هرنانديز توريز : المدير الإقليمي لأمراض النساء والولادة
بالمستشفى الجامعي بسان جوان ، بورتوريكو .

ل. ل. ويليامز : الموظف المشغول عن قسم تنظيم الأسرة بوزارة الصحة ،
بجامايكا ، كان عضواً بهيئة خبراء وسائل منع الحمل بمنظمة الصحة العالمية .

هرنان روميرو : كان أستاذ كرسى علوم الصحة والطب ، بجامعة شيلي ، وكان
السكرتير التنفيذي لمؤتمر نصف الكرة الغربي للاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة ،
وهو الآن يعمل بمصلحة الصحة والطب الوقائي بشيلي .

ليزل كورسا : مدير مركز تخطيط السكان بجامعة ميتشجان . كان عضواً في
البعثة الاستشارية لمجلس السكان في تركيا وعمل ممثلاً مقيماً في باكستان .

جيرالد ذاتوشن : عضو في قسم المعونة الفنية ، بمجلس السكان ، ومدير
البرامج الدولية لتنظيم الأسرة بعد الولادة . أشرف على تحرير كتاب في
تنظيم الأسرة بعد الولادة .

هوارد س. تايلور ، الابن : مدير المركز القومي لدراسة التناسل البشري
بجامعة كولومبيا . وكان رئيساً للجمعية الأمريكية والجمعية الدولية لأطباء
أمراض النساء والولادة .

كريستوفر تيتز : المدير المساعد لقسم الطب الحيوي بمجلس السكان .

وكان مديراً للبحوث بالجنة القومية لصحة الامومة ، بالولايات المتحدة
الامريكية .

شلدون ج. سيجال : مدير قسم الطب الحيوى ، بمجلس السكان . كان
محاضراً لعلم الاجنة قبل أن ينضم إلى المجلس . ألف كثيراً من الكتب في مجالات
الاجنة والتعدد الصباء .

هارى ليفين : يتولى مسئولية أعمال مجلس السكان في مجال التلم وجمع
المعلومات فيما يختص ببرامج تنظيم الأسرة . قام قبل ذلك بالاشتراك في
تأسيس إحدى شركات صناعة أدوات المكاتب بولاية نيو انجلند .

م. م. كيني : الممثل المقيم لمجلس السكان بشرق آسيا ، قضى معظم
سنوات حياته يعمل بمنظمات الخدمة ، بما فيها صندوق الامم المتحدة للأطفال .
و. باركر مولدين : نائب رئيس مجلس السكان . كان قبل ذلك رئيساً
للبحوث القوي العامة الخارجية بمكتب التعداد .

أوسكار هاركاف : الموظف المسئول عن برنامج مكتب السكان بمؤسسة
فورود . كان أستاذاً مساعداً لإدارة الأعمال بجامعة سيرا كيز . وضع
مؤلفات كثيرة عن الأعمال التجارية الخاصة .

كولفيل ديفريل : أول سكرتير عام للاتحاد الدولي لتنظيم الرالدية . كان
رئيساً لأول لجنة استشارية أوفدتها الامم المتحدة لتنظيم الأسرة بالهند .

كارل وارين : كان مديراً لبرامج تنظيم الأسرة والبحوث بالوكالة السويدية
الدولية للتنمية ، وهو الآن مستشار لبرنامج السكان بمركز التنمية التابع
لمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية بباريس .

مالكولم ه. ميريل : كان نائباً مساعداً للإدارة بمكتب الحرب ضد الجوع ،
بوزارة الدولة ، بالولايات المتحدة الأمريكية ، كما كان مديراً للخدمة الصحية ،
 بإدارة البحوث الفنية بالهيئة الدولية للتنمية .

الترجمون :

محمد محبوب عبد العزيز (ترجم الفصول من الأول حتى السابع) : التحق بالفنون الجميلة سنة ١٩٣١، ثم تخصص في الألوان المائية على الفنان هدايت . أقام أول معرض خاص بصوره بالقاهرة سنة ١٩٣٨ ، وأقيم أحدث معارضه بقاعة « أختاتون » سنة ١٩٧٠ . بدأ العمل في الصحافة سنة ١٩٤٥ مترجماً بجريدة « المصري » ثم رئيساً للأخبار الخارجية ، ثم كاتباً لصفحة « شرق و غرب » ، انتقل إلى جريدة الجمهورية سنة ١٩٥٤ مشرفاً على الأخبار الخارجية وكاتباً لصفحات يومية وأسبوعية ، وظل يعمل بها حتى أكتوبر سنة ١٩٧١ . أنهى خدمته الصحفية لينفرغ للترجمة وترجم عدة كتب منها : « القديسة جون » و « الأسلحة النووية ومستقبل الإنسان » . و « الهدية الدائمة (الفلسطينية) » و « الوحدة الأفريقية » و « أندروكليس والأسد » . كما اشترك في ترجمة أجزاء من موسوعة « تاريخ التكنولوجيا » .

بهيرة مختار (ترجمت الفصول من الثامن إلى الرابع عشر) : محررة بجريدة الأهرام بقسم التحقيقات الصحفية . تخرجت في كلية الآداب سنة ١٩٥٨ ، وعملت منذ تخرجها بجريدة الأهرام حيث تخصصت في معالجة مشكلات المرأة عن طريق المرأة والتحقيقات الصحفية ، وبدأت تخصصها في ميدان الكتابة عن تنظيم الأسرة منذ سنة ١٩٦٣ عندما أصبحت عضواً في أول لجنة أهلية تعمل في ميدان تنظيم الأسرة ، وهي اللجنة المشتركة لتنظيم الأسرة التي تطورت الآن وأصبحت الجمعية العامة لتنظيم الأسرة (٣٦٠ مركزاً أهلياً) . واشتغلت في عدة مؤتمرات عليية عن تنظيم الأسرة يبحثونها عن دور وسائل الإعلام في هذا المجال . وما زالت تواصل جهودها في التخطيط لبرامج التوعية في الجمعية العامة وجمعية القاهرة لتنظيم الأسرة .

الدكتور ممدوح الوكيل العوضي الركيل (ترجم الفصول من الخامس عشر إلى الحادي والعشرين والكشاف التحليلي) : مدرس بكلية الطب ، جامعة

الأزهر . حاصل على بكالوريوس شرف في الطب والجراحة من جامعة
عين شمس سنة ١٩٦٤ ، ودبلوم العلوم الفنية الطبية من جامعة الأزهر سنة
١٩٦٨ ، ودبلوم الأمراض الباطنية من كلية الطب ، جامعة القاهرة سنة
١٩٧٠ ، وعلى شهادة (E. G. F. M. &) من الولايات المتحدة سنة ١٩٦٨
وعلى دكتوراه في الطب ، فرع الكيمياء الحيوية بامتياز من كلية الطب جامعة
الأزهر سنة ١٩٧١ . ألف كتاب : « النوم والرؤيا بين العلم والدين » ، كما
كتب مقالات عن تقدير اليهود في السوائل البيولوجية .

الدكتور خليل الديواني (ترجم الفصول من الثاني والعشرين إلى
السادس والعشرين) : حصل على بكالوريوس الطب والجراحة سنة ١٩٦٠ ،
وعلى دكتوراه طب الأطفال سنة ١٩٦٥ . يعمل مدرساً بكلية طب الأزهر
منذ سنة ١٩٦٦ . له مؤلفات طبية في طب الأطفال ، ورسم القلب ،
و علم البصمات .

صاحب المقدمة :

الدكتور عزيز البنداري : رئيس الجهاز التنفيذي بالمجلس الأعلى
لتنظيم الأسرة .

الفلاي : بريشة الفنان يكار

محتويات الكتاب

صفحة	
٢	تقديم بقلم المشرف
س	مقدمة بقلم الدكتور هرير البنداوى
١	القسم الأول — مقدمة
٣	١ — نحو إزاء الحياة — جون . د. روكفلر ، الثالث
١٥	القسم الثانى — البراسم القومية
١٧	٢ — معجزة اليابان فى شرق آسيا — مينورو موراماتسو
	٣ — كوريا الجنوبية : زعامة متتوية وآباء وأمهات
٣٣	متتويون — تاىك لىل كيم
٤٧	٤ — تاىوان : معمل الجزيرة — ل. ب. تشو
٥٩	٥ — ماليزيا : حمة جسورة — محمد خير جوهري
٧١	٦ — سنغافورة : مواجهة المحنة — ك. كاناجاراتنام
٨٩	٧ — الهند : مهمة ضخمة — ديباك بهانيا
١٠٧	٨ — باكستان : جهود ضخمة فى بلد ضخم — أنفر آديل
١٢١	٩ — تركيا : الاستجابة لمطالب الشعب — تيرجت مثير
١٣٥	١٠ — تونس : تحرير المرأة وتطوير المجتمع — أمور دالى
	١١ — بورنوريكو : المنجزات فى الشمال للشرق —
١٥١	أنطونيو هرنانديز تورير
١٦٣	١٢ — جامايكا : أزمة فى جزيرة صغيرة — ل. ل. ويليامو
١٧٧	١٣ — شيل : وباء الإجهاض — هرنان روميرو
	١٤ — الولايات المتحدة : جهود جديدة ولكنها ما زالت غير
١٩٣	كافية — ليزل كورسا
ك	

القسم الثالث: مجالات خاصة

صفحة

٢٠٥

١٥ — برنامج مابعد الولادة : مدخل جديد — جيمالد زانوشى ٢٠٧

١٦ — السكان والتنمية الطبي — هوارد س. تايلور، الابن ٢٢٥

١٧ — الوسائل الحديثة للتحكم فى النسل : تقييم — كريستوفر تيتز ٢٤٣

١٨ — اتجاهات جديدة للتحكم فى النسل — شلدون ج. سيغال ٢٥٥

١٩ — صناعة وتسويق منتجات التحكم فى النسل — هارى ليفين ٢٧٥

٢٠ — برامج تنظيم الأسرة : ما تكاليفها وكيف تعمل —

٢٨٧ م. م. كيني

٢١ — مسح السكان كأداة أساسية — و. باركر مولدين ٣٠٢

القسم الرابع : خدمات استشارية دولية ٣٢١

٢٢ — المؤسسات الأمريكية ومشكلة الإسكان — أوسكار هاركاف ٣٢٣

٢٣ — الاتحاد العالمى لتنظيم الأسرة : مؤسسة عالمية

رائدة — كولين ديفريل ٣٣٥

٢٤ — السويد : مساعدة من بلد متقدم صغير — كارل وارين ٢٤٧

٢٥ — الحكومة الأمريكية : عامل جديد وفعال —

٣٦٣ مالكوم. ه. ميريل

القسم الخامس : ملخص عام ٣٧٦

٢٦ — برامج تنظيم الأسرة وتحديد النسل — برنارد بيرلسون ٢٧٩

٣٨٠ كشف تحليل

تقديم

هذا المجلد يبين ما يتبع اليوم في البرامج القومية لتنظيم الأسرة كوسيلة لتناول مشكلة تزايد السكان ومعالجتها . إنه يصف تطور برامج تنظيم الأسرة في عدد من البلاد ، ويعرض ما يتبع الآن في عدة جوانب تتصل بالطب الحيوى والنواحي الاجتماعية من المشكلة ، ويستعرض بعض البرامج الكبرى للمساعدة الدولية .

وبوصنى مشرفاً على التحرير ، فأنى أعبّر عن شكرى وتقديرى لكل الذين شاركوا في هذا العمل لما بذلوه من جهد تعاونى صادق في سبيل تقديم هذا الحشد المتجدد من الحقائق والمعلومات عن هذه الحركة الهامة .

وقد بدأ هذا المجلد في نشأته كسلسلة من أحاديث في برنامج إذاعى يناقش فيه نخبة من الخبراء هذه القضية في إذاعة « صوت أمريكا » . ولأنى لأسجل عراقي الشغفى بالجميل لثيودور أ . ويرتايم ، معد البرنامج الإذاعى ، لما أمدنى به من هون وتشجيع في تنظيم هذه السلسلة .

برنارد بيرلسون

ارفينجتون — أون — هيدسون ، نيويورك

فبراير ١٩٦٩

مقدمة

بظم

د . عزيز البنداري

إن النمو السكاني بمعدلاته الأسرع والأكثر تزايداً عن معدلات التنمية الاقتصادية والاجتماعية ، قد أضى — في الحقيقة — يمثل أشد المشكلات والأزمات حدة وتأثيراً عند كل دول العالم بصفة عامة .

بل إنه أصبح — بصفة خاصة — يشكل البؤة العميقة أو الحاجز الضخم بين قدرات وإمكانات الدول النامية وبين آمال ومصالح شعوبها في التقدم الإنساني والحضاري على مستوى الحاضر والمستقبل معاً .

وبما يفسر مدى شدة المشكلة السكانية ، ذلك الاهتمام الواضح والمجهود المكثف التي تبذلها الهيئات والمنظمات الدولية والحكومات تجاه الدراسات المستمرة والبحوث العلمية المتلاحقة حول هذه المشكلة المعقدة ، وتلك المحاولات الجادة المتصلة ، والاعتادات المادية البائدة من أجل هذه الأزمة الطاحنة وحره خطرهما المتزايد عند كل مجالات وأفضة الإنسان المعاصر .

وحيث إن هناك صلة وثيقة ، وعلاقة تبادلية مؤثرة بين الزيادة السكانية من ناحية ، والتخلف الاقتصادي والاجتماعي من ناحية أخرى ، فإن علاج المشكلة السكانية — بالتالي — يكن في تلازم برامج العمل المستهدفة تخفيض وإعطاء معدلات الزيادة السكانية ، وتلك المستهدفة زيادة وسرعة التنمية الاقتصادية والاجتماعية ، في نفس الوقت ودون تأخير .

والإنجاب الرائد مع فة الوفيات ، وخاصة بين الأطفال ، نتيجة التقدم الطبي والصحي الذي حدث مؤخرة في البلدان النامية ، هو العنصر الرئيسي المؤثر في إحداث النمو السكاني المتزايد السريع المكون لأحد طرفي المشكلة السكانية . ومن هنا — فن البدعي والمتطقي — أن برامج العمل لملاج المشكلة

السكانية تتم في المقام الأول بتنفيض معدلات المواليد ، ولما كانت ظاهرة الإيجاب الرائد تنتج من وجهة النظر العلمية — من دوافع وأسباب اقتصادية واجتماعية وثقافية ، فإن علاج مثل هذه الظاهرة يكن جذوياً في دراسة ثم تغيير أو تعويض تلك الدوافع والأسباب ، ليحل الإيجاب المنخفض محل الإيجاب الرائد ، وليظهر الإيجاب — كسلوك إنساني — بالاختيار والتنظيم وليس بالمصادفة أو العفوية ، وذلك ما يكسب العمل في هذا الميدان أبعاده الاجتماعية وما يوسع مفهومه ليكون تنظيماً للأسرة .

فكما أن التزايد السكاني في جمهورية مصر العربية — كما ورد بالميثاق عام ١٩٦٢ — هو أخطر العقبات التي تواجه جهود الشعب المصري في انطلاقه نحو رفع مستوى الإنتاج في بلاده بطريقة فعالة وقادرة ، أو كما عرض برنامج العمل الوطني في عام ١٩٧١ ، فإن التزايد السكاني وراء معظم تواحش القصور وأوجه الإنجازات الضخمة التي حققتها الشعب المصري خلال السنوات العشر الأولى للتطبيق الاشتراكي ، وإن معدل زيادة السكان في بلادنا معدل رهيب لا نملك القدرة على تحمله أو الوقوف إزاءه موقف المتفرج أو اليائس ، وإن المشكلة السكانية صعبة ومعقدة حقاً ولكن هذا لا يبرر أن نهرب منها ، بل على العكس يتحتم علينا أن نتصدى لمواجهتها دون تأخر وبكل حزم وقوة ، وإن هذه الظاهرة لو استمرت لقصت على كل أمل للتطور والتقدم ، بل لهددت أيضاً مجرد استمرارنا .

فإنه في نفس الوقت يفهد الميثاق بأن محاولات تنظيم الأسرة بمرض مواجهة مشكلة تزايد السكان تستحق أصدق الجهود المعززة بالعلوم الحديثة .

ويقرر البرنامج أن تنظيم الأسرة قضية سياسية واجتماعية ، سياسية لأنها تتصل بمحاضر المجتمع ومستقبله ، واجتماعية لأنها تخضع لعوامل وقيم اجتماعية . ولأنها قضية قومية بمعنى الكلمة . ولها أهمية بالغة وأثر مباشر على

تطوير اقتصادنا القوي . كما أنها مهمة لا يمكن أن نتولاها أجهزة الدولة وحدها ، ولا يمكن أيضا أن تركها للجهود الفردية للجهاير .

ولقد بدأ المشروع القوى لتنظيم الأسرة في جمهورية مصر العربية في أكتوبر سنة ١٩٦٥ عندما أعلن السيد نائب رئيس الجمهورية ورئيس الوزراء في سياسة وزرائه البدء في تنفيذ المشروع القوى لتنظيم الأسرة .

وفي نوفمبر سنة ١٩٦٥ صدر القرار الجمهوري رقم ٤٠٧٥ لسنة ١٩٦٥ في شأن إنهاء المجلس الأعلى لتنظيم الأسرة . وفي أغسطس سنة ١٩٧٢ صدر القرار الجمهوري رقم ١٠٥٤ لسنة ١٩٧٢ بشأن المجلس الأعلى لتنظيم الأسرة ، وقد حدد اختصاصات المجلس فيما يلي :

١ - وضع الخطة العامة لتنظيم الأسرة ، مع وضع البرامج الزمنية المحددة لتنفيذها ، وتحديد دور كل الجهات المعنية ومستوياتها في تنفيذ هذه البرامج ، والإشراف على التنفيذ ومتابعته بالنسبة لجميع الجهات التي تعمل في هذا المجال .

٢ - تنظيم وتسيق التعاون بين جميع الجهات المعنية التي تسهم في تنفيذ برامج تنظيم الأسرة بما يحقق التكامل في أداها ، ومدها بالشورة والخبرة والمعونات التي تحتاج إليها في تنفيذ هذه البرامج .

٣ - تشجيع البحوث والدراسات والخدمات الخاصة والأنشطة المذكورة ، ووضع قواعد للنصح المالية والمكافآت والإعانات والحوافز المحفزة لذلك ،

٤ - إكثارة الجمعيات المهنية والعلمية والاجتماعية التي تعمل في مختلف التخصصات المتصلة بنشاط المجلس ووضع القواعد المتعلقة بذلك .

٥ - تعاون جهاز تنظيم الأسرة ، المجلس الأعلى في إعداد الدراسات

والبحوث وتحضير مشروعات القرارات التي يتخذها المجلس في مجالات اختصاصه، ويتولى الجهاز—وفقاً لتوجيهات وتعليمات المجلس—القيام بكل ما يحق أخراجه .

ومن الثابت أن المشروع القومى لتنظيم الأسرة في ج. م. ع قد بدأ بتوكيز أكثر على الجانب الطبى، وباستخدام حبوب منع الحمل كوسيلة أساسية، ولم يكن للمشروع منذ بدايته برنامج متكامل للتوعية والإعلام والتعليم .

ومع نمو خدمات تنظيم الأسرة وزيادة عدد العيادات واستمرار العمل وتطوره في الجانب الطبى، ووسط خدمات تنظيم الأسرة بالخدمات الصحية، فلقد أعدت خطة للتوعية والإعلام والتعليم بدأ تنفيذها عام ١٩٧٠ باستخدام وسائل الاتصال الجماهيرى كالإذاعة والتلفزيون والسينما والصحافة، وأعدت خطة للتدريب بدأ تنفيذها عام ١٩٧١ لتزويد العاملين بتنظيم الأسرة والقيادات المحلية بالمعلومات والمهارات والاتجاهات المرتبطة بتنظيم الأسرة .

كذلك تجرى الدراسات والبحوث العلمية والتجارب الميدانية حول المشروعات العملية التي تكون الظروف المهيئة لممارسة تنظيم الأسرة، كشروع تشغيل المرأة، ومشروع التضامن الاجتماعى للأسرة، ومشروع مابعد الولادة، ومشروع العمل في المناطق الصناعية .

ومن هنا فإننى أرحب ترحيباً بالغاً بالترجمة العربية لكتاب Berelson ، FAMILY PLANNING PROGRAMS الذى اعتبره إضافة حقيقية للجهود المخلصة في ميدان البحوث والدراسات العملية لتنظيم الأسرة، وأتمنى أن يؤتى ثماره في نقل تجارب الآخرين إلينا، لتعلم من نجاحية ولنعرف أكثر أين نحن من الجهود الدولية في ميدان تنظيم الأسرة من ناحية أخرى . ويسعدنى أن أقدم هذا العمل إلى المكتبة العربية إلى المهتمين عسى أن يجدوا فيه خيراً ؟

رئيس جهاز تنظيم الأسرة
(د. هزير البندارى)

٢٠ أكتوبر ١٩٧٢

القسم الأول
مقدمة

١ نحو إشراء الحياة

جيمس د. روكفلر - الثالث

في عالم اليوم ، ليس هناك مشكلة أشد إلحاحاً ولا أكثر أهمية لغير البشرية من مشكلة تحديد النمو السكاني . إنها مشكلة تفرض عواقبها على العالم بأسره ، وتتطلب حماية كل الأمم - شرقاً وغرباً ، كبيرها وصغيرها ، النامية منها ، والتي هي في طريق النمو . لأن في معظم أمم العالم الماضية في طريق النمو ، يستهلك النمو السكان الكثير من نموها الاقتصادي ، مما يفرض على الشعب فقراً متواصلاً . ذلك أن التزايد السكاني المتعجل يعوق قدرة الأمة على التقدم ، وعلى إرضاء المطالب المتزايدة لشعبها في سبيل حياة أفضل .

وكما تنبأ الكثير من الناس أن يدركوا ، فإن العصر الحالي يعد حقبة شديدة الخطورة في تاريخ الإنسان ، وبخاصة الأرواح الباقية من القرن العشرين . والمهكلة السكانية لها جذورها الدرامية الصارخة في كل ما تدينه وتكشف عنه الإحصاءات . لقد اقتضى الأمر التاريخ برمه ليكون سكان العالم بحلول الأربعينيات من القرن التاسع عشر بليوناً واحداً من البشر . واقتضت إضافة البليون الثاني أقل من قرن ، ثم مجرد خمسة وثلاثين عاماً لإضافة البليون الثالث . وهذه العملية الحسائية الصارمة نفسها ، ومالم يحدث شيء يغير هذا التيار الجارف من النمو ، فإن العالم سوف يضاعف سكانه الحاليين بنهاية القرن العشرين ، ليصل بتعداد الناس إلى أكثر من سبعة بلايين نسمة ، وهذا ما يمتنع تصويره الانقراض السكاني .

ثم تزداد الصورة قتامة ، هندما تأمل التقديرات السكانية التالية من التبو السكاني : إن الجانب الأكبر من التبو في المستقبل سوف يجرى في العالم الأقل مسيطرة لركب الحضارة ، وبالضبط بين تلك الأمم غير المتمددة إطلاقاً لاستيعابه ومواجهته . والذي يحدث الآن فعلاً ، هو أن الأمم الأقل تطوراً هي التي تنمو وتزايّد بمعدل أسرع — يزيد مرتين ، بل وثلاث مرات ؛ عما هو عليه في الأمم الصناعية .

بل إن في وسعنا أن نتوقع في المستقبل أن بعض الأمم الأشد فقراً سوف تنمو بمعدل أسرع مما هو عليه الآن بفضل المزيد مما تنلقاه من العقاقير الطبية الحديثة ذات المنافع السهلة الميسورة .

ماذا سوف يحدث للأمم الأقل تطوراً إذا زاد عدد سكانها على الضعف بحلول عام ٢٠٠٠ ؟ هل سيكون في استطاعتها أن تضاعف مواردها من المواد الغذائية ؟ هل سيكون في استطاعتها أن تتوى مئات الملايين من الوظائف والأعمال اللازمة للحيلولة دون حدوث بعاثة جماهية طاغية ؟ هل سيكون في استطاعتها أن تواجه تحدياً ذا أبعاد لم يسبق أن واجهتها من قبل — مجرد أن تحفظ للفقر الحالى الكثيرين من شعبها كيلا يصبح أسوأ مما هو عليه ؟

وفي الوقت نفسه ؛ ألا يجدد بنا أن نطالب بما هو أكثر من هذا ؟ إن الفرض النهائي من برامج تنظيم الأسرة يجب ألا يكون تقييد الحياة ؛ بل إزهاها . فالكثيرون من الناس ينعرون تفكيرهم في المشكلة السكانية على حدود ضيقة ، باعتبارها أعداداً من الناس فقط مقابل المواد الغذائية الميسورة ، وهو ما يبدو أنه يعادل الإنسان بالحيوان والطعام بالعلم . وكأراها ؛ فإن المشكلة ذات ثلاثة أبعاد ؛ لا بعدين ؛ معدلات التبو مقابل الموارد الثقافية إلى جانب الموارد المادية . فالنتج يجب أن يصنع ما هو أكثر من أن يعلم ويكسى ويسكن ناسه . . . إذ ينبغي له أيضا أن يرضى حاجات الإنسان ومطامحه الذهنية والماطقية والروحية — ومنهويات ثمينة تجعل الحياة جذيرة

بأن يحياها الإنسان ؛ وتضئ عليها معنى وغاية . .

فحق لو هدانا العلم إلى طريقة لإطعام بلايين زيادة — كما هو خليق بأن يفعل — فإننا لن نكون قد سيطرنا على المشكلة السكانية . . ذلك أن الحل الكامل يتوقف أيضاً على قدرة المجتمع على مواجهة حاجات الإنسان العليا غير المادية ؛ وعلى أن يمنح كل طفل فرصة ليحقق في الحياة أكثر من مجرد الوجود — فرصة كي يعيش كما هو باق على قيد الحياة ؛ لأننا معنيون بالكم في الحياة — وبالمعدل الذي يريد به هذا الكم ؛ لأننا معنيون فقط بالكيف في الحياة .

إن هذه المشكلة السكانية هي بالتأكيد من أشد المشكلات التي واجهت المجلس البشري قسوة في كل تاريخه . فكيف انحرفت الإنسانية إلى موقفها الراهن؟ وماذا يمكن أن تفعل الجهود النضيلة الحكيمة التي تبذل بشأنه ؟ إن هذه الأسئلة والأجوبة عنها هي موضوع هذا المجلد . فالأزمة السكانية سوف تستكشف بتفصيلاتها بمعرفة لإداريين وخبراء من جميع أنحاء العالم ؛ من اليابان حيث أخضع القو السكاني للسيطرة . . ومن الولايات المتحدة حيث تنهت الحكومة أخيراً إلى وجود مشكلة . . ومن الأمم الأقل تطوراً من العالم ، حيث يمكن رؤية المشكلة في أشد أشكالها صرامة ، وحيث يتخذ البحث عن حلول أحياناً سمة اليأس . وسوف يعنى هذا المجلد أيضاً بإيضاح العون الذي تستمدّه مساعي البحث عن حلول من التحسينات الباهرة لتكنولوجيا منع الحمل ، ومن الجهود الجديدة التي تبذل في سبيل الإفادة إلى أقصى درجة ممكنة من خبرات وإمكانيات المؤسسات الطبية في الولايات المتحدة وفي العالم الخارجي . وبالإضافة إلى ذلك ، فإنه سوف يعنى بإيضاح المساعي التي تبذل في سبيل إيجاد حلول من جانب جماعات خاصة مثل : (مؤسسة فورد) و (المنظمة السويدية للتنمية الدولية) ، و (المجلس السكان) .

ولقد بدأ اهتمامي الخاص بالمشكلة السكانية قبل الحرب العالمية الثانية بفترة

ليست بالقصيرة ، ثم اتخذت شكلا راسخا فى سنة ١٩٥٢ حين كنت أهاون على إنشاء المجلس السكانى . وفى الأهرام التالية بوصفى رئيسا لمجلس الأمناء لهذه المنظمة أسمدنى وأرضانى أن أراها تتطور إلى أحد المراكز العالمية الكبرى للبحث والنشاط فى كل جوانب المشكلة . و (المجلس السكانى) يسمى عن طريق باحثيه المتفرغين للعمل به وبالمئخ الذى يقدمها للآخرين ، إلى إيجاد حلول للمشكلات السكانية فى جبهات كثيرة : دراسة الإحصاءات السكانية (الديموجرافيا) ، وبحوث الأحياء ، والبحوث الطبية ، وتصنيف الحقائق والمعلومات وتقديم المعونة الفنية (التكنيكال) لإبرامج تخطيط الأسرة . وقد أقتنى على مع (المجلس السكانى) أكثر من أى وقت مضى بأن المشكلة السكانية لا تقل فى أهميتها بحال من الأحوال عن أية مشكلة تواجه المجلس البشرى اليوم بما فيها حق السلام نفسه . فعلى المدى البعيد ، لن يتيسر توطيد دعائم سلام حقيقى دائم بدون نمو سكانى مستقر الأركان .

وبما له دلالة نافذة أن تعود بالذاكرة إلى عام ١٩٥٧ عندما نظم (المجلس السكانى) لأول مرة . إنه ليس زمنا موغلا فى القدم بالمفهوم التاريخى ، بل ولا حتى بمفهومات المشكلة السكانية ، ومع ذلك فى سنة ١٩٥٢ لم يكن هناك أية برامج لتنظيم الأسرة فى طول البلاد وعرضها . . بل الواقع أنه لم يكن هناك اعتراف سائد بأن ثمة مشكلة سكانية موجودة . والكثير مما نعدده الآن لإجراءات عادية مألوفة لتخطيط الأسرة لم يكن فى الامكان حتى مجرد مناقشته فى المجتمع المهنذب . . وكانت أمم كثيرة من بينها بعض أجزاء من الولايات المتحدة قد صنت قوانين تحرم إذاعة لا مجرد وسائل تحديد النسل فقط ، ولكن أيضا أية معلومات عن تحديد النسل .

يضاف إلى ذلك أنه بحلول عام ١٩٥٢ كانت كل القوى المفضية إلى النمو السكانى المتفجر قد تجملت فعلا للبيان فى أكل صورة . ذلك أن العقاقير الحديثة الواقية من الأمراض مع ما ساد العالم كله من إدراك للتنذية الصحيحة كانا قد تكاثفا لخفض معدلات الوفاة تخفيضنا هائلا ، وخاصة فى العالم الأقل

تطورا . وفى أنحاء العالم استمرت العادات المتأصلة تدعها أحيانا قيم أخلاقية فى دفع نسبة المواليد إلى الارتفاع . ويقدر ما يعرف الجميع ، فإن معظم الرجال والنساء فى العالم الأقل تطورا يريدون أن يكون لهم من الاطفال قدر ما يستطيعون ، أو (على حد تعبيرهم فى أغلب الأحيان) « بقدر ما يشاء الله » . وفيما يبدو ، فإن العكس لم تستمر فى بقيتهم بعد ، بأن الله جلت مشيئته يريد أن يتجوا من الاطفال بالقدر الذى يستطيعون إعالته ورعايته دون زيادة وباختصار ، فعندما تأسس (المجلس السكانى) ، كان العالم قد انزلق فعلا فى حقبة زمنية عصيبة لم يسبق لها مثيل فى مجال النمو السكانى ، ولم يكن يبدو أن عملا كبيرا سوف يعمل — أو حتى يمكن أن يعمل — لمواجهة الموقف العصيب .

على أن المشهد كان يبدو للناظر فى سنة ١٩٦٨ أقل عيوسا من هذا بمراحل شاسعة . فى بعض النواحي ؛ نستطيع أن نقول إن المجلس البشرى قد خبر نوبا من (الثورة) فى الأحوال الخمسة عشر الأخيرة ؛ وبخاصة فى الخمسة الأخيرة منها . وكنتيجة لذلك ؛ فإن عدد سكان العالم فى عام ٢٠٠٠ سيكون لا يزال ضخما هائلا . ولكنه سيكون على الأرجح أقل بنفسه كبيرة مما سيكون عليه لو أن هذه الثورة لم تحدث . فلو أن تنظيم الأسرة أحدث فرقا بقدر بليون شخص بحلول عام ٢٠٠٠ فإن هذا الفرق وحده سيكون معادلا لسكان العالم بأسره حوالى سنة ١٨٤٠ .

ماهى عناصر هذا التغير الكبير ؟ هناك الكثير . ولكن أربعة جوانب منها تحتل مكان الصدارة : أولا الاقتراب السائد المتزايد بوجود المشكلة السكانية من جانب المسئولين الرسميين ، والوعاء الدينيين ، والمواطنين الماديين . فموضوع تحديد السكان الذى ظل الكثيرون ساكنين عنه زمنا طويلا ، لم يعد يدور الحديث عنه همسا ، ولكن تتطلق المناقشات بشأنه بكل حرية وجراحة ، وتجرى حوله البحوث المستفيضة .

والواقع أنه بالرغم من المنصور البايوى الصادر فى يوليو ١٩٦٨ . فليس هناك بين الأديان الكبرى فى العالم دين واحد يمارس تنظيم الأسرة من حيث المبدأ . فالجدل بشأن تنظيم الأسرة فى داخل الأوساط الدينية يعنى عادة بالطريقة التى تستخدم ، لا بتنظيم الأسرة فى حد ذاته .

وقد بذل الرعاه السياسيون هم أيضا خلافاً كان ذات يوم يحول دون وصول موضوع المشكلة السكانية إلى أشد منابر العالم أهمية . ففى الاحتفال بدوم حقوق الإنسان ، فى ١٠ ديسمبر سنة ١٩٦٧ ، أعلن الأمين العام للأمم المتحدة أن ثلاثين من قادة العالم قد وقعوا بياناً فى تأييد حق الآباء أن يكون لهم من الأطفال بقدر ما يريدون ، وعندما يريدون . والموقعون ، زعماء حكومات من خمس قارات ، كانت بيانهم كما يلى : هارولد هولت ، رئيس وزراء أستراليا ، إرول و . بارو ، رئيس وزراء باربادوس ، كارلوس ليراس رستويو ، رئيس كولومبيا ، جنز أوتو كراج ، رئيس وزراء الدانمرك ، جوكوين بالاجير ، رئيس جمهورية دومنيكان ، د. ورو كيكوين ، رئيس فنلندا ، ج . أ . انكراه . رئيس مجلس التحرير الوطنى لغانا ، إنديرا غاندى ، رئيسة وزراء الهند ، الجنرال سوهارتو ، القائم بأعمال رئيس اندونيسيا ، الشاه محمد رضا بهلوى ، امبراطور إيران ، ايسا كوساتو ، رئيس وزراء اليابان ، حسين ، ملك الأردن . . شنج هى بارك ، رئيس جمهورية كوريا ، تشكو عبد الرحمن ، رئيس وزراء مالاييا . حسن الثانى ، ملك المغرب ، ما هندرا ، ملك نيپال ، ج . زيمبسترا ، رئيس وزراء هولندا ، كيث هوليكو ، رئيس وزراء نيوزيلندا ، بيربورتن ، رئيس وزراء النرويج ، محمد أيوب خان ، رئيس باكستان ، فردناندا . ماركوس رئيس جمهورية الفلبين ، لى كوان يو ، رئيس وزراء سنغافورة ، تيج لارلاندر ، رئيس وزراء السويد ، ثانوم كيتكاشورن ، رئيس وزراء سيام ، إدريك وليامز ، رئيس وزراء ترينيداد وتوباجو ، الحبيب بورقيبة ،

رئيس تونس ، جمال عبد الناصر ، رئيس الجمهورية العربية المتحدة ،
هارولد ويلسون ، رئيس وزراء بريطانيا ، ليندون جونسون ، رئيس
الولايات المتحدة ، المارشال جوسيب بروز تيتو ، رئيس يوجوسلافيا .

وفي مقدورنا أن نتوقع أنه لا يزال هناك نخبة هامة أخرى من القادة
السياسيين سوف يميزون بتوقعاتهم هذه المشاعر الوجدانية التي هو عنها
« بيان زعماء العالم » ، وضوف يتفقون مع أولئك الذين وقعوا فعلا على صحة
وأهمية المعتقدات التالية :

إن المشكلة السكانية يجب الاعتراف بها كمنصر رئيسي في التخطيط
القومي الطويل المدى إذا كان للحكومة أن تحقق أهدافها الاقتصادية وتحقق
مطامح شعبها .

إن الغالبية الكبرى من الآباء والأمهات يرغبون في أن تتوافر لهم المعرفة
والوسائل لتنظيم أسرهم . إن الفرصة لتقرير عدد أطفالهم وتوقيت المباشرة
بين إنجابهم هي حق أساسي من حقوق الإنسان .

إن السلام الدائم المكتمل المعاني سوف يتوقف إلى حد كبير على الكيفية
التي يواجه بها تحدى النمو السكاني .

« إن الهدف من تنظيم الأسرة هو إثراء الحياة الإنسانية ، وليس تقييدها
أو الحد منها . » إن تنظيم الأسرة ، بتأكيد الفرصة الأكبر لكل شخص ،
لإنما يحرم الإنسان لينال كرامته الفردية ، ويوصل إلى كل ما هو به جدير
من تقدير . »

والجانب الثاني من هذه « الثورة » في المشكلة السكانية (ويدرج من
حيث الأهمية بمحاور الاعتراف بوجود المشكلة من زعماء سياسيين ودينيين

كثيرين) هو اكتشاف أن رجال ونساء العالم العاديين ، بما فيه العالم الأفقر تطورا ، يرغبون في الحد من عدد أطفالهم . وكان هذا الكشف متناقضا مع اليقين الراسخ بأنهم لا يرغبون في ذلك . فعق وقت قريب ، كانت العادات والأوضاع المرعية في أنحاء العالم تستهدف بتصميم مرسوم رفع نسبة المواليد إلى درجة هائلة — وهو إجراء سليم في ظروف ارتفاع معدلات الوفاة بين الأطفال ونقص متوسط العمر في حياة الناس . على أن البهوط الباهل المذهل في معدلات الوفاة بين الأطفال والزيادات المللوسة في متوسط أعمار الناس — وهى نفس العوامل التى ساعدت على إبراز الأزمة السكانية الحالية — كان لها أثرها السريع المباشر في الرجال والنساء العاديين ، ذلك أن معدلات النمو السكاني المفرطة في الارتفاع لا صلة لها بحياتهم ك مجرد مجموعة من الإحصاءات البعيدة عن مجالات تفكيرهم ، حتى وإن كانت منذرة بالسوء ، ولكن حياة كل منهم تتأثر بطرق مباشرة شخصية : فحين يزداد عدد الأطفال نتيجة لانخفاض معدلات الوفاة بينهم ، تهدد الأسران المواد الغذائية المتوافرة لديها عر كافية لإطعام جميع أفرادها ، وأنها لا تستطيع أن تدبر الملابس اللائمة لأطفالها ، وأن المدارس ليس بها أما كن لهم ، وأن المساحات الصغيرة من الأراضي الزراعية المملوكة يجب أن تقسم المرة تلو المرة . وهكذا فإن الأسر حين تسأل عما إذا كانت ترغب في تحديد عدد أطفالها ، فإنهم بدأوا يمحيطون بالإيجاب . والحق أن العاديين من الناس غالبا ما يكونون سابقين لرعايتهم الذين يتقاسمون أحيانا عن تأييد تنظيم الأسرة نتيجة لشعور خاطيء بأن شعهم « غير مستعد له » . وليس الأمر مقصورا على مجرد الاستفتاءات الجماهيرية في تعزيز حقيقة أن الرجال والنساء ، في العالم الماضي في طريق للتطور الحضارى ، هم في الواقع « مستعدون له » ، بل إنهم حينما وأينا كانت تيسر لهم خدمات تنظيم الأسرة ، فإنهم كانوا يتقاطرون في أفواج حاشدة للافادة بالخدمات ، وهم يتلفون شوقا وحاسة في أغلب الأحيان .

وسبب ثالث — ربما يكون أكثر واقعية — يمتد على الأمل في إمكان

توازن السكان ، هو التطوير الأخير لأساليب صناعة هياكل حصى لمنح الخلل .
وحيث إنني لست عالما ، فليس من شأني أن أناقش هنا تفصيلا هذا التقدم
المنعش للقلوب . ومع ذلك ، فإن هذا الموضوع سوف يناوله في مكانه
المناسب من هذا المجلد رجال متخصصون شاركوا في التقدم الباهر الذي أحرزه
العلم في هذا المجال الحيوي ، وهو التقدم الذي يعتبر من أعظم ما حققه الإنسان
في بحثه الطويل المضي للفوز بالسيطرة على ظروف حياته .

وسبب رابع للأمل هو ما ظهر في الأعوام القليلة الماضية من إجراءات
عملية ذات شأن في عدد من الدول . وقد بدأ أول استئثار للبرامج القومية
العظيمة لتنظيم الأسرة في أوائل الخمسينيات . وبعد التغلب على عدد كبير من
الصعوبات الأولية ، يبدأ البرنامج الهندي في السيطرة على زمام الموقف آخر
الامر . والواقع أن مصاحب الهند المبكرة قد أمدت الأمم الأخرى بسفر ثمين
يعتبر مرجعا للمشكلات التي تواجه الجهود الواسعة النطاق لتنظيم الأسرة . وفي
الستينيات ، دخلت برامج قومية شاملة مرحلة التنفيذ (كما سيبين في غير هذا
المكان) في كوريا الجنوبية ، وتايوان (فورموزا) ، وماليزيا ،
وسنغافورة ، وباكستان ، وسيلان ، وتركيا ، وكينيا ، وتونس ، والمغرب ،
وباربادوس ، وجامايكا ، وكان هناك من الدلائل ما يرجح أن الصين الشعبية
قد نظمت جهودا كبرى للسيطرة على حجم سكانها الهائل . وفي الوقت نفسه
كانت هناك أمم أخرى — على سبيل المثال ، سيام ، نيبال ، إندونيسيا ،
إيران ، جمهورية مصر العربية ، كولومبيا ، شيلي — إما أن تبدي اهتماما
باحتمالات تنظيم الأسرة ، وإما أنها بدأت فعلا في تنفيذ برامج لهذا الغرض .
إن الحقيقة المشجعة أنه بحلول منتصف الستينيات كان هناك أكثر من نصف
شعوب العالم الماضي في طريق التطور يعيشون في ظل حكومات ذات سياسات
واضحة محددة ، تمجذ إجراءات خفض في معدل النمو السكاني . بل إن الحقيقة التي
تشهد العزم أكثر وأكثر هي أن برامج تنظيم الأسرة التي نظمت في هذه الأمم
كانت قد بدأت تسجل طابعا على معدلات المواليد .

وبالرغم من هذه التطورات المباشرة بالخير ، فإن الأفق لا يبدو وريدياً .
عندما ينال المرء ما ينبغي عمله لتسككة الشوط نظراً لقسوة المشكلة والحاجة
القصوى إلى التحرك بسرعة . ولنتصور ميزانا ضخماً يمكن أن تصف عليه كل
البحوث السكانية ، والأعمال الميدانية ، والنشاط التعليمي في كل أنحاء العالم .
ودعنا نفترض أن ١٠٠ تمثل الدرجة القصوى من الجهد اللازم إذا كان للتقدم
الكافي نحو التوازن السكاني أن يتم بالسرعة المطلوبة لتجنب حدوث أهوال
ومأس بشرية رهيبة . لو تصورنا هذا ، فالرأى عندى أن معدلنا الحال على
ذلك الميزان هو قرابة ٢٠ . وهذا التقدير يقوم على أساس الملاحظة الشخصية ،
والتفكير العميق ، والرحلات الأخيرة ، والسفوات التي تركز اهتمامى ونشاطى
طوالها في الميدان السكاني .

كيف يمكن لمثل هذا التقويم أن يتجسد في عالم الواقع ؟ إنه
ينمكس في حقيقة أن المناطق الأوسع نمواً في العالم ، مثل المناطق المتنامية
الصحارى في أفريقيا وأمريكا اللاتينية ، باستثناءات قليلة ، قد أظهرت إدراكاً
غير كاف بأن ثمة مشكلة سكانية موجودة واهتماماً أقل بكثير بالسمى إلى حلها ،
وهو ينمكس في حقيقة أن مئات الملايين من الآباء والأمهات في أنحاء العالم
يحمون من قهقهم الفعال في تقرير عدد الأطفال الذين سوف ينجبونهم ،
ومتى سوف ينجبونهم . وأخيراً فهو ينمكس في حقيقة أن معدلات النمو
السكاني في العالم الماضى في طريق التطور لا تزال ترتفع تبعا لامتداد
الإجراءات الصحية الأولية بكل منافعها إلى أقصى أركان الكرة الأرضية .

ويمكن اقتفاء آثار الافتقار إلى العمل الفعال الملائم ، ورده إلى الحساسية
التي لا تزال تعيق بالمشكلة السكانية في أقطار الكثيرين من الزعماء حول العالم .
إن الزعماء يترددون في العمل الإيجابي الفعال لأن تفكيرهم خاضع لافتراضات
منقولة من الماضى ، كان لها أساسها في غير هذا الزمن .

إن بعض الزعماء لا يزالون يعتقدون أن الهيئة القومية والكرامة الوطنية

تطلبان نمواً سكانياً مطرداً واسع النطاق ، متجاهلين بذلك حقيقة أن كيفية الحياة وقيمة الرعاية غالباً ما ترجحان كفة الحكم العددي للناس. والبعض لا يزال يعتقد أن الأعداد السكانية العنخمة ضرورية عسكرية ، وهو نوع من التفكير قضت عليه تماماً المركبات والتقنيات التكنولوجية لأساليب الحرب الحديثة . بل إن البعض لا يزال يعتقد أن الرخاء المتواصل يتوقف على النمو السكاني ، متناسين بذلك أن القدرة الشرائية الأعظم للفرد والإنتاج المتزايد هما الخافوان الأقوى أثرًا في مجال الأعمال من مجرد أعدادا كبيرة من الناس . والبعض لا يزال يعتقد أن بقاء الأسرة يتطلب أعدادا كبيرة من الأطفال ، وهو أحد المعتقدات العتيقة التي تتجاهل أحوال الوقت الحاضر مثل انخفاض معدل الوفيات بين الأطفال، والتقليل من الاعتماد المباشر على الأرض الزراعية ، والبعض لا يزال يعتقد أن تنظيم الأسرة يتعارض مع التعاليم الدينية ، ومن ثم فهو عمل غير أخلاق ، ناسين بذلك أنه لا يوجد دين رئيسي يقرض على تنظيم الأسرة من حيث المبدأ ، وأن كل هذه الأديان تقريباً تركّز اهتماماً جديداً على مسؤولية الآباء والأمهات في عالمنا المتغير المزدحم .

وفي الوقت الذي قد يدرك فيه الزعماء أن هذه التصورات الخاطئة قد اتقضى زمنها ، فإنهم يظنون غالباً أن شعوبهم تؤمن بها . وما داموا يشعرون بأن الرأي العام لن يؤيدهم ، فإنهم يتحاشون بطبيعة الحال الإقدام على أية خطوة فعالة بشأن موضوعات التوازن السكاني .

على أن حصية القرائن تدل على أن الناس سابقون لوعائهم في حاجتهم إلى تنظيم الأسرة ورغبتهم في تطبيق برامجها ، إلى حد أكبر بكثير مما يقدر بوجه عام . وإلى هذه الحصية المتركة من القرائن يمكن أن يضاف عرض حديث أجري تحت إشراف ورعاية « المجلس السكاني » . وهذا العرض يشير إلى أن قرابة اثنين من كل ثلاثة من الأميركيين يعتقدون أنه يجب على حكومتهم

أن تبادل عند الطلب بمساعدة الدول ، والمدن ، والبلاد الأخرى في مشكلاتها
السكانية .

ماذا ، إذن ، يمكن أن تكون الخطوة التالية ؟ من ناحية ، فإن الطريق
يبدو واضحاً ، ومن الناحية الأخرى ، فإن الكثيرين من الزعماء مترددون في
سلوكه فكيف يمكن إقناعهم بأن حساسيتهم لا مبرر لها ، ومن ثم فهم أحرار
في إنجاز برامج إيجابية لتنظيم الأسرة .

إن أولى الأمر في الناس يجب أن يؤمنوا بأن القصد الحقيقي من التوازن
السكاني هو إثراء الحياة البشرية ، لا تهديدها أو تكييلها بالقيود . وعندما
تفهم هذه الحقيقة المؤكدة فيها كاملاً ، فإن معظم الحساسية التي تمرق العمل
الآن في تنظيم الأسرة سوف تقتلع من جذورها . وعندما يستقر في يقين الزعماء
أن التوازن السكاني هو قوة لإثراء الحياة البشرية ، فإن السلبات التي تزعجهم الآن
سوف تختفي بسرعة وفي يقين أن التوازن السكاني ليس عقبة في طريق التطور
البشري ، ولكنه على العكس من ذلك قوة دافعة ، لأنه يهيئ فرصاً أكبر لكل
شخص ، ويحرر الإنسان كي ينال ما يصبو إليه من هزة وكرامة ويجد هو به جديره .

والأمل معقود على أن هذا المجلد سوف يسهم في نشر المزيد من الفهم
والإدراك في أنحاء العالم ، ليس فقط بالنسبة للخطاطر المتأصلة في المشكلة
السكانية ، ولكن أيضاً في الفرص المتاحة للعمل الفعال الذي سوف يسهم في
تحقيق القيم الإنسانية خلال المستقبل من الأعوام .

القسم الثاني
البرامج القومية

معجزة اليابان في شرق آسيا

ميجورو موريماتسو

قدر عدد سكان اليابان ككل بحوالى ٧٢ مليون نسمة في سنة ١٩٤٥ ، وبعد ثلاثة أعوام في سنة ١٩٤٨ ، ارتفع العدد إلى مستوى ثمانين مليوناً ، وزادت كثافة السكان تبعاً لذلك إلى معدل يقل قليلاً عن ٢٠٠ في كل كيلومتر مربع ، في مقابل رقم حديث هو ٢١ في كل كيلومتر مربع بالنسبة للولايات المتحدة الأمريكية ، وكانت هذه الزيادة المفاجئة في السكان ترجع جزئياً إلى عودة واسعة النطاق إلى أرض الوطن للأحرى واللاجئين والمهجرين من الجيش . ولكن ما يسمى بازدهار الطفولة في أعقاب الحرب كان له أثره الأشد قوة واستمراراً وعمقاً . ففي سنة ١٩٤٨ بلغت جملة المواليد ٢٠٧ مليون مولود ، بمعدل مواليد قدره ٣٣٥ لكل ألف من السكان .

وفي خلال الأعوام التي أعقبت الحرب مباشرة ، وفي ظروف المعجز الاقتصادي الذي شمل كل شيء ، عانى الناس أهوالاً من العذاب في حياتهم اليومية ، وبخاصة في المدن الكبيرة المكتظة بالسكان . وسرعان ما أدركوا ضرورة تحديد النسل كيلا ينفخوا مستوى المعيشة المنخفض فعلاً إلى مزيد من الخفض ، وأصبح الاهتمام البالغ بمشكلات الأمانة السكانية سائداً ، وازداد الوعي بضرورة السيطرة على المواليد ارتفاعاً تلقائياً من القاعدة الشعبية . وفي

تاريخ اليابان ، يلاحظ المرء أوصافاً لما كان يمارسه الناس بين الحين والحين من تحديد النسل ، وكان ذلك يجري حتى بين الفلاحين منذ زمن طويل ، وفي أوقات الأزمات الاقتصادية ، كان اليابانيون يلجأون إلى الإجهاض الإرادى ، بل وحتى إلى وأد الأطفال ليكبحوا جراح التورق أحجام أسرهم . وبهذا المعنى ، فإن تحديد النسل يعتبر من الأشياء التى كان يعرفها الشعب اليابانى ويمارسها على نطاق واسع مدروس ، ولم تكن الزيادة المفاجئة فى إجراءات ممارسة تحديد النسل التى جرت فى أعقاب الحرب سوى عود إلى أسلوب تقليدى راسخ فى الوجدان الشعبى ، ومع ذلك . فإن مبادرة الشعب نفسه بممارسة تحديد النسل بعد الحرب كرد فعل تلقائى فى الدرجة الأولى لمشكلاته الاقتصادية والسكانية يعد أمراً جديراً بالتسجيل حقاً .

وفى حالى ١٩٤٦ و ١٩٤٧ ، كانت المشكلات السكانية تناقض بنشاط وقوة بين الفئات المتعلمة من المجتمع . وأصبحت الصحف والبرامج الإذاعية فى ذلك لإسهاماً ضالاً ، وظهرت معارضة معينة لتحديد النسل كحل للتضخم السكانى معبرة عن وجهات نظرها على أسس دينية وسياسية . ولكن ، بوجه عام ، كان إدراك الحاجة إلى الحد من معدل المواليد قد استقر كسياسة قومية ، وأيضاً فيما تمارسه الأسر فى نطاقها الفردى .

وكان الإجهاض الإرادى هو الطريقة الأولى التى عاد اللجوء إليها بقصد تحديد النسل ، وبالرغم من حقيقة أن القانون الجنائى بمقوباته الشديدة الوطأة الرادعة للإجهاض الإرادى كان لا يزال معمولاً به فى تلك الأحوام ، فإن معدل عمليات الإجهاض الإرادى التى تجري سرّاً كان فى ارتفاع متواصل . وبسبب الضرر المحتمل الذى يمكن أن تؤدى إليه مثل هذه الإجهاضات غير المشروعة ، فقد نشأ رأى عام قوى يطالب بتعديل القانون تمديلاً جوهرياً من شأنه أن يجرى عمليات الإجهاض الإرادى وفق شروط صحية ويبد خيرة ماهرة ، وأسفر ذلك عن إقرار المجلس التشريعى اليابانى فى عام ١٩٤٨ لأساس

قانوني جديد ، لإجراء الإجهاض الإرادى ، عرف منذ ذلك الحين باسم
« قانون الوفاة التناسلية » .

وقد تقدم بمشروع هذا القانون عدد من النواب الأطباء في البرلمان
(الدابت) بقصد خدمة غرضين : أولاً ، القضاء بقدر الإمكان على الآثار
غير المرغوب فيها للإجهاض الجنائى بتوفير الضرورات الأكثر تحمراً
والموجبة لعمليات الإجهاض المشروعة . . وثانياً ، المساعدة في تذليل
العقبات أمام مشكلة تزايد التو السكاني المتفاقمة . وقد استقرت دعائم المعالجة
المتحررة للإجهاض الإرادى في اليابان بهذا القانون ، الذى صار منذ ذلك
الوقت موضوع مناقشات ومجادلات كثيرة على كل من الصعيدين
القومى والدولى .

وعلى مدى الأعوام العديدة التالية ، استمرت المناقشات بشأن مشكلة
اليابان السكانية ، وتقدم عدد من المنظمات الرسمية والخاصة بمقترحات إلى
الحكومة لإقرار قاعدة لمعدل المواليد كسياسة قومية ضرورية ، ومع ذلك
فإن الجهات المختصة فى الحكومة لم تقر أبداً مثل هذه المقترحات بصورة جلية
واضحة . والذى لا شك فيه أن المشكلة السكانية مسألة خطيرة ، ولكن الأمر
الذى تدور حوله تساؤلات حيوية هو : هل يجدر بالحكومة أن تقبى مثل
هذه السياسة فى الوقت الذى يحمل فيه دائماً تحديد النسل كسياسة قومية
طابعاً أشد سلبية من أن تحتفل مثل هذه الهيئة الرسمية تبعه استخدامها ؟ .
وفى الناحية الأخرى ، فإن الحكومة اتخذت فعلاً خطوة إيجابية بالترخيص
رسمياً ببيع حوالى ستين صفاً من الكيماويات المانعة للحمل . وبعبارة أخرى
فإن الحكومة تعاضد عمداً أن تتخذ موقفاً معادياً للسيطرة على التو السكاني
بسبب حساسيتها السياسية للنقد ، ولكنها لم تتردد فى اتخاذ إجراء على
ما دامت تستجيب للطلب الشعبى .

وفى عامى ١٩٤٩ و ١٩٥٢ ، أجريت تعديلات جوهرية فى قانون الوفاة

التناسلية . فأضيف اعتبار اقتصادى إلى الضرورات القانونية الموجبة للإجهاض الإرادى ، ولم يعد الأمر يتطلب استشارة من جانب الأطباء المختصين للجنة رسمية علية كى تقرر شرعية إجهاض إرادى مطلوب ، وباختصار فإن تيسيرات الإجهاض الإرادى أصبحت أكثر مرونة وتحررا من ذى قبل ، ومن ثم زاد عدد عمليات الإجهاض زيادة مطردة حتى عام ١٩٥٥ .

وفى سنة ١٩٥١ اجتمع زعماء الحكومة فى مؤتمر وزارى لمناقشة الزيادة فى عمليات الإجهاض الإرادى ، وقد روجهم الارتفاع الحاد فى أرقام عمليات الإجهاض المسجلة ، وأعلنوا رسميا تفضيلهم للسيطرة على الحمل ، على الإجهاض الإرادى كوسيلة لتنظيم معدل المواليد ، وصدر قرار وزارى يشمل البيان التالى :

إن عدد عمليات الإجهاض الإرادى يتزايد فى كل عام . وهذه العمليات غالبا ما تكون ضرورية لحماية حياة الأم وصحتها ، على أن المضار التى تلحق فى بعض الأحيان بصحة الأم (بسبب الإجهاض الإرادى) تجعل من التوعية بموانع الحمل أمرا مرغوبا فيه للقضاء على الأثر الذى لعمليات الإجهاض على صحة الأم .

وفى وسع المرء أن يلاحظ هنا ثانيا أنه بالرغم من أن اعتبارا ديموجرافيا ، (أى يتصل بالدراسات الإحصائية للسكان من حيث المواليد والوفيات والصحة والزواج . . . ألخ) قد يكون متضمنا للخطوة الحكومية كلها . فقد كان الأمر مجرد تحول من طريقة إلى أخرى على أساس مشكلة صحية ما دام ذلك يعبر عن الرغبة الموضحة فى البيان . إن الحكومة لم تكن فى حاجة إلى الحديث عن سياسة سكانية ما دامت قد أعطيت تمهيدا كافيا للحث على الأحجام الصغيرة للأسرة بين عامة الناس . لقد كان ضروريا فقط أن تبين

آراءها بالنسبة للوسائل المتبعة . وفي الوقت نفسه فإن المرء يدرك أن تنظيم الأسرة في اليابان قد عولج رسمياً كقضية صحية من البداية .

وفي سنة ١٩٥٢ ولأول مرة قدمت وزارة الصحة والشئون الاجتماعية برامج حكومية تستهدف تهنؤن بتنظيم الأسرة وفقاً لما جاء بالقرار الوزاري سالف الذكر . وقد قدمت تقديرات تفصيلية تتصل بالتنفيذ الوافى للبرامج حوت إيضاحات حيوية هامة تتصل بمبادئ تنظيم الأسرة ودراسات توعية جماعية مخصصة لمخاطات صغيرة من الرجال والنساء فى الأساليب التكنيكية لموانع الحمل ودراسة توعية فردية من خلال استشارة شخصية يقوم بها مرشدون متخصصون للنناقشة « التكنيكية » التفصيلية . وقد عبات مصالح الصحة المحلية ومراكز الصحة كلها لهذا الغرض ، ولكن الذى حدث بوجه عام أن الإنجازات التى أتموها لم تكن مرضية تماماً . ولم يكن هناك عادة وحدات أو إدارات عديدة تختص بمسؤولية تنظيم الأسرة فى هذه المنظمات . . فكان على موظفى الصحة المكلفين بأرجه لشاؤا أخرى (معظمها للأمومة وصحة الطفل) ، أن يتكفلوا بأعباء إضافية . وبسبب الافتقار إلى الوقت الكافى والموظفين المتخصصين ، كانت أعمال تنظيم الأسرة التى تولتها هذه المنظمات العامة محدودة بالضرورة .

يضاف إلى ذلك أن ثمار السؤال عن نوع الموظفين الأكثر تلاؤماً لاستخدامهم فى حملات التوعية المحلية بتنظيم الأسرة . طبقاً للاعتبار النظرى ، فإن الأطباء البشرىين ، وممرضات الصحة العامة ، والمولدرات كانوا متساوين جميعاً فى تقدير أهميتهم ، على أن الحكومة فرت آخر الأمر أن تأخذ بوجهة نظر عملية تقضى بالاعتماد على القابلات فى الجانب الأكبر من حملات التوعية ، مراعية فى ذلك بوجه خاص اعتبارات توزيعهم الجغرافى . وسرعان ما طبق عدد من المناهج التدريبية المنشطة للذهن فى كل أنحاء البلاد لإحاطة القابلات علماً بالأساليب

الحديثة لموانع الحمل ، وأيضاً لتنظف على شعور متأصل بأن تحديد النسل يتعارض مع الرسالة الأساسية لمساعدة الأمهات في أثناء الوضع . وعند انتهاء المنهج التدريبي ، كانت الحريجات يمنحن لقب « مرشدة لموانع الحمل » ، ويقولن سلطنة الإشراف على تناول ، بل وحتى بيع ، معدات منع الحمل . ومنذ ذلك الحين تم تدريب ما يقرب من ٤٠٠٠٠ مرشدة .

ومع ذلك فقد نشأت مشكلات معينة تتعلق بالتطبيق ، ذلك أن القابلات ، اللاتي عهد إليهن مهمة التوعية في المدن والقرى ، كن بوجه عام أكبر سناً من أن يسمن إسهاماً فعالاً في البرامج . يضاف إلى ذلك ، أنه بالرغم من أن الحكومة خصصت قياً بعد حوافز نقدية معينة للقابلات نظير خدماتهن عندما كن يتولين حالات أزواج يلبس فقرهن ، فإن المكافآت المالية التي كن يحصلن عليها مقابل التوعية بتنظيم الأسرة كانت غير مرضية على الإطلاق . وشاركت بمرضات الصحة العامة بنصيب أيضاً إلى حد معين ، ولكن عددهن كان محدوداً إلى درجة خطيرة ، كما أنهن لم يستطعن تخصيص الوقت الكافي للتوعية بتنظيم الأسرة . وبسبب هذه المشكلات والصعوبات ، أخذت الحكومة من وقت لآخر تحاول تعديل البرامج وتحسينها ، ولكن مازالت هناك مشكلات وصعوبات باقية دون حل . وعلى هذا يمكن القول بأن برامج تنظيم الأسرة المكفولة برعاية الحكومة قد جاءت بنتيجة ؛ ولكن ، وعلى العموم ، فإن الهبوط السريع في معدل المواليد قد تحقق بواسطة الشعب الياباني نفسه .

وفي الوقت نفسه استمرت نسبة الهبوط في معدل المواليد في الانخفاض . فالرقم المرتفع المقدرب ٣٤٠٣ حالة ولادة لكل ألف من السكان في سنة ١٩٤٧ ، هبط إلى ٢٨١ في سنة ١٩٥٠ ، ثم إلى ١٧٢ في سنة ١٩٥٧ . والقرار بالإجماع أنه ليس من المناسب مقارنة هذه الأرقام للتدليل على الهبوط الذريع في معدل المواليد ما دامت الأرقام المسجلة تحق الحرب مباشرة تمثل

ارتفاعاً شاذاً يرجع إلى أحوال غير عادية . ومع ذلك كله فإن حقيقة أن معدل المواليد الياباني قد اقتطع إلى النصف في مدى عشرة أعوام فقط (مقابل الرقم القياسي المألوف ، وهو قرن واحد أو قرابة ذلك في تجارب العالم الغربي الماضية) أمر يستحق اهتماماً خاصاً . ومنذ سنة ١٩٥٧ راح المعدل يتراوح حول مستوى ١٧ أو ١٨ ، وكان معدل الزيادة الطبيعية لسكان اليابان هو ١ ٪ ، تقريباً لكل سنة في مدى الأعوام العشرة الماضية . وقد هبط صافي معدل التكاثر أيضاً هبوطاً حاداً في سنة ١٩٤٧ ، فقد كان ١٫٦٧ ؛ ولكنه هبط في سنة ١٩٥٦ إلى ما دون التوافق والتناسق ، وظل هذا المستوى الهابط دون « استكمال الفائد » متصل الحلقات منذ ذلك الحين ، وأحدث رقم هو ١٩٤٤ . لسنة ١٩٦٤ .

ولقد كان استمرار الهبوط في معدل المواليد ، وخاصة في معدل التكاثر الذي هبط إلى ما دون « استكمال الفائد » ، مدعاة لنشأة رأى يقول إن الحكومة لم تعد بحاجة إلى القيام بدور كبير في النهوض بتنظيم الأسرة ، باستثناء جهد تبيذه لخفض عمليات الإجهاض الإرادى ، ما دام تفهم وممارسة تنظيم الأسرة قد أصبحتا راسخين فعلاً في نفوس الناس . يضاف إلى ذلك ، أن العجز المزايدي لشباب العالمين في القوة العاملة خلال الأعوام القليلة الماضية ، قد جعل كثيراً من القادة الاجتماعيين والسياسيين يميلون الآن إلى الاعتقاد بأنه يجب السعى إلى زيادة في المواليد لمواجهة مشروعات التطوير القوي المقبل للبلاد . ومن المسلم به في مواجهة هذه التغيرات في موقف قادة البلاد ، أن الحكومة توجه الآن هناية أقل إلى تنظيم الأسرة . أو ربما قد يصوغها المرء في عبارة أكثر ملاءمة فيقول إن الجانب السكبي ، لا الدكى من السكان هو الذى ينال الآن مزيداً من العناية ، وعلى الأقل في المستقبل المنظور ، لن تتقرر سياسة قومية تتصل مباشرة بالتوالد ، ولكن ، على أية حال ، فإن الجو العام في هذه البلاد في الوقت الحاضر هو الأمل المرتقب في مزيد من المواليد .

إلى الآن كان هذا البحث معنياً في الدرجة الأولى بالمواقف والبرامج الرسمية بالنسبة للسكان وتنظيم الأسرة في اليابان . ومع ذلك ، فإلى جانب هذه النواحي هناك ملاحظات قليلة أخرى قد تكون جديرة بالاعتناء .

في سنة ١٩٥١ بدأ معهد الصحة العامة سلسلة من مشروعات التوعية بتنظيم الأسرة . وفي البداية ، اختيرت ثلاث قرى ريفية للدراسة ، ثم بعد ذلك أضيفت مجموعة من السكان يعيشون على المعونات العامة ، وجماعة من عمال مناجم الفحم . وكان الفرض الأساسي من الدراسة هو الكشف عن مدى تقبل فكرة تنظيم الأسرة بين هذه المجموعات غير المتجانسة من السكان ، ونوع طرق منع الحمل التي يصبذونها أكثر من غيرها ، ومدى الأثر الذي سوف تحدثه ممارستهم لمنع الحمل ، وكان القصد أن تفيد الحكومة من الحقائق المستخلصة من هذه الدراسة وتستخدمها كدليل مفيد في إدارتها المستقبلية لبرامج تنظيم الأسرة . ولقد كانت النتائج الإجمالية للدراسة مشجعة إلى درجة كبيرة ، إذ كشفت عن أنه حتى بين السكان — الذين يعتبرون فيما يبدو يتعاليم تنظيم الأسرة — فإن البرامج يمكن تقديمها بنجاح ، وظهر أيضاً أن عمليات الإجهاض الإرادي يمكن خفضها ، في حين يستمر معدل المواليد في الهبوط . وأكثر من ذلك ، أوضح جانب فرعي من الدراسة أن التوعية بتنظيم الأسرة التي ركزت في تلك النواحي المحيطة سرعان ما امتدت إشعاعاتها إلى مجموعات كثيرة مجاورة من السكان دون أية جهودات تعليمية مقصودة . ومنذ ذلك الوقت نفذ عدد من برامج التوعية المماثلة ، وليس ثمة شك في أنها قد أكانت معاونة كبرى في تعزيز الرأي العام الذي يحبذ تنظيم الأسرة في طول البلاد وعرضها .

ومنذ سنة ١٩٥٣ أصبح تعليم تنظيم الأسرة جزءاً من خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية التي تقدمها المؤسسات الصناعية الكبرى إلى مستخدميها . وفي البداية اقتصر الأمر على مؤسسات قليلة أدخلت البرامج على سبيل التجربة . واستخدمت هذه المؤسسات عدداً قليلاً من المرشدين الذين راحوا يقومون

بزيارات دورية لبيوت عملهم لتقديم المهورات لهم . وبفضل صلات الود بين المعلم والتلميذ ، طبق المنهج التعليمي المحكم لاساليب منع الحمل بنجاح كبير . وتوافرت معدات منع الحمل الضرورية بأسمار مخففة . وتقبل المستخدمون البرامج بصدر رحب ، وزاد معدل عمليات مآوسة تنظيم الأسرة في الوقت الذي هبط فيه معدل عمليات الاجهاض الإرادى هبوطا ملحوسا .

وفي الأهوام الماضية بدأ عدد من المؤسسات الأخرى إجراءات فعالة مماثلة ، وقد قدر أن أكثر من ٥٥٠٠٠ ر.٥٥٠ أسرة قد شملها هذا النوع من الخدمة عندما بلغت البرامج ذروتها . ثم هبط النشاط بعض الشيء فيما أعقب ذلك من أوقات أكثر قربا بسبب التغييرات التي لحقت بالموقف من تنظيم الأسرة (على نحو ما ذكرنا) ، ولكن التأثير الإجمالي لهذه البرامج كان حقيقيا وعظيما .

وفي الظروف التي كانت فيها الحكومة والمؤسسات الصناعية الكبرى هي المتكفلة بالجانب الأكبر من أعباء التهنؤ بتنظيم الأسرة ، كان وضع المنظمات الأهلية المتطوعة محدودا بالضرورة . يوضح ذلك أن الاتحاد تنظيم الأسرة اليابان ، وهو منظمة أهلية ، تمثل كل جماعات تنظيم الأسرة الخاصة ، وهو أيضا عضو في الاتحاد الدولي لتنظيم الأبوة، International Planned Parenthood Federation — لا يقوم بأى نشاط في المستوصفات الخاصة به . وبدلا من ذلك ، فإن جهده الرئيسي كان محصورا في مجالات التوعية . وقد قام في الأهوام العديدة الماضية بسلسلة من المناهج التدريبية الأساسية المنشطة للعاملين في المجالات الطبية والعيسية بالعلية . وكانت الغالبية الساحقة من يتلقون التدريب من اليابانيين ، ولكنهم تضمنوا أيضا عددا قليلا من المهنيين من كوريا وتايران (فورموزا) وجزر ريوكيو .

وعلى مدى الأرواح الخمسة عشر الماضية زادت ممارسة وسائل منع الحمل انتشاراً بصورة ملحوظة . والحق أن المرء لا يملك إلا أن يلاحظ أنه لم يتحقق مثل هذا التقدم السريع الشامل في أي ميدان آخر من ميادين الصحة العامة في هذه البلاد ، وبمثل هذه الاعتبارات المحدودة من ميزانية الدولة . واستناداً إلى سلسلة من التقارير الإحصائية ، فإن نسبة الممارسات من الزوجات الذائعات استخدمن لموانع الحمل الواقع يبلغ من العمر أقل من خمسين سنة ، كان فقط ٢٠٪. نحو إلى سنة ١٩٥٠ ، وفي سنة ١٩٥٤ ارتفعت إلى حوالي ٣٣٪ ، وفي سنة ١٩٦٧ دلت التقارير على أن أكثر من ٥٠ ٪ يمارسن طريقة أو أخرى من موانع الحمل ، وبما يثبت على أعظم الاهتمام أن أهالي الريف أكثر استخداماً لموانع الحمل في هذه الأيام من سكان المدن ، كما أثبتت الأرقام المسجلة أخيراً .

وأشد طرق منع الحمل وواجباً بين الأزواج والزوجات اليابانيين كانت دائماً ولا تزال هي طريقة « الواقى الذكري » (السكوت) ، فهي تمثل ما بين ٦٠ ، ٥٠ ٪ من جميع الممارسين لموانع الحمل . والانتشار الواسع لهذه الطريقة الذكورية له أهميته الخاصة ؛ لأن اليابانيين تعتبر منذ زمن طويل بلاداً محافظة لترات السيطرة من جانب الذكور ، وكان اليوم يوجه عادة للرجال لتقاعسهم عن التعاون في تنظيم الأسرة ، والطريقة الثانية المتخارة هي طريقة « فترة الامان » ، أو (ما قبل وبعد موعد الطمث) ، ويستخدمها ما بين ٣٠ و ٤٠ ٪ من ممارسي موانع الحمل . يأتي بعدها استخدام الكيماويات الموضعية المانعة للعمل ، مثل : الحلايبات والأقراص . أما « الواقى المهبلي » (السكوت النسائي) ، الذي كان يستخدم في الولايات المتحدة وانجلترا على نطاق واسع ، فهو فعلاً أقلها انتشاراً .

إن الدور الذي تلعبه وسائل الإعلام الجماهيرية يتميز بالأهمية القصوى في مجالات النشر السريع للعارف المتصلة بموانع الحمل وبأساليب ممارستها .

وقد تأكد ذلك فيما أسهمت به المصنف اليومية ، والإذاعة ، والمجلات الأسبوعية ، ومجلات المرأة من موضوعات وبرامج وتحقيقات كان لها أثر الأثر ، وقد حدث في سنة ١٩٦٥ أن نشرت إحدى الصحف تحقيقاً عن تحديد النسل بين اليابانيين أزواجاً وزوجات ، غرست أن تضمن تحقيقها بذرة من المصدر الذي تستقى منه المعلومات عن موانع الحمل . وكان تأثير وسائل الإعلام الجماهيرية على أشده في كل من التصنيفات الجغرافية (مثل المدن ، والقرى ، وما يشابه ذلك) . وبخاصة في المدن ، حيث يرتفع مستوى التعليم بوجه عام ، فإن أكثر من واحدة بين كل ثلاث زوجات ذكرن وسائل الإعلام الجماهيرية على أنها مصدر من المعرفة . وواضح أن ارتفاع نسبة الذين يعرفون القراءة والكتابة بين الشعب الياباني (٩٩ ٪) يعد عاملاً هاماً يجعل من الميسور لوسائل الإعلام الجماهيرية أن يكون لها هذا الأثر العميق والتنفوذ الواسع ، ولكن علينا أن نذكر في الوقت نفسه أن السبب الأساسي الذي يدفع الكثير من الصحف والمجلات إلى إفراح كل هذا العيز ، وتركيز كل هذا الاهتمام على تنظيم الأسرة ، هو الإقبال المتواصل من جانب القراء على المقالات المتصلة بالموضوع .

وبالرغم من حقيقة أن العمل الرائد الذي أجرى على اللولب قد شق طريقه إلى اليابان مبكراً في سنة ١٩٣٠ ، وبالرغم من أن شعوباً آسيوية كثيرة محيطة باليابان هي أيضاً متحمسة لاستخدامه ، فإن حلقة « Otta » أو أي طراز آخر من هذا لم يرخص رسمياً باستخدامه بعد عام نطاق عام . وفي الوقت الذي يقل فيه الآن الاعتراض على اللولب ويصبح لا يمثل سوى أقلية ، فلا يزال بعض العلماء غير واثقين بسلامة الجهاز وطريقة عمله ، ومدى فاعليته . وبمواجهة الحكومة بهذا الانقسام في الرأي بين المشتغلين بعلوم الطب ، فإنها لا تزال متمسكة بنظام التحريم السابق للحرب ضد استخدام « الحلقة ضمن الرحم » ،

الذى نفاً من اعتقاد أن لإيلاج جسم غريب داخل الجسم البشرى أمر غير سليم طبيياً . على أن هناك في الواقع ثغرة في نظام التحريم ؛ إذ أنه مسموح للطبيب المالج بأن يشير باستخدام الأجهزة الموجلة في الرحم تحت إشرافه الدقيق بقصد التجربة، ومن خلال هذه الثغرة ، امتد استخدام « حلقة Ota » الآن إلى قرابة ٦٠٪ من مجموع مستخدمي موانع الحمل .

وكذلك فإن الحبوب المانعة للحمل التي تؤخذ بالفم لم يصرح باستخدامها بعد في اليابان . وتتخذ الآراء المحافظة مواقف مطلنة أشد وضوحاً بالنسبة للحبوب منها بالنسبة للولب ؛ إذ تتفق كلمة كل الباحثين على الفاعلية التي تكاد تكون كاملة للحبوب ، ولكن الكثيرين منهم غير موقنين من غلظها التام من المضاعفات الطبية غير المتوقعة ذات الطبيعة الخطرة ، وبخاصة بعد الاستعمال الطويل المدى . يضاف إلى ذلك ، أنهم يخشون أن يؤدي نظام بيع العقاقير الطبية التقليدي غير المحكم في اليابان إلى إساءة استعمال الحبوب بدون الإشراف الطبي اللازم حالما ترخص الحكومة بها رسمياً . وما دامت نفس المركبات الطبية ميسور الحصول عليها من الصيدليات ومخازن الأدوية بوصفها وسائل لعلاج اضطرابات معينة للأمراض النسائية ، أو كمنظمة للحيض الشهري ، فمن المشتبه فيه أن يكون عدد صغير من النساء يستخدمها فعلاً لأغراض منع الحمل على مسؤوليتهن الخاصة ، ولكن يبدو من غير المرجح أن هذه المركبات سوف تمنح تصديقا رسمياً كوانع الحمل في المستقبل القريب .

ولقد بلغ عدد حالات الإجهاض الإرادى المسجلة ذروتها في سنة ١٩٥٥ ، عندما سجلت التقارير الرسمية ١١٧ مليون حالة . وما دام استكمال التبليغ عن حدث له مثل هذه الطبيعة لا يمكن الوثوق به ، فمن السهل التمكن بأنه كانت هناك حالات أخرى كثيرة لم يبلغ عنها . وإذا أضيف العدد المقدّر لمثل هذه الإجهاضات غير المبلغ عنها ، فإن العدد الإجمالي للإجهاضات التي

أجريت سنة ١٩٥٥ سيكون مليونين تقريباً ، ومنذ ذلك الحين ، هبط عدد الإجهادات ، وإن كان هذا الهبوط غير مصحوب بإقناع بارز . فن تقرير حديث ، ورد أن جملة الإجهادات الإرادية كانت ٧٤٨٨.٠٠٠ حالة ، في مقابل ١٠٩ مليون ولادة حية مسجلة .

المسلم به أن خفض معدل المواليد عن طريق الإجهاض الإرادى كان له اليد الطولى في الإنعاش والتطوير الاقتصادى السريع للأمم في الأعوام الماضية . وهذا الإدراك ، لا يملك المرء إلا أن يقر بأن الإجهاض الإرادى قد أسهم في ذلك بقدره العظيم . على أن أحداً لا يتجاسر ، في الوقت نفسه ، وبسبب طبيعة العملية ذاتها — على أن يوصى بهذا الإجراء بلهجة إيجابية لا يشوبها أقل تردد . إن في اليابان حركات تستهدف خفض الإجهادات الإرادية . والحكومة ، ومعها عدد من المنظمات الخاصة ، يسمون إلى مناشدة الجمهور بالآلباس إلى هذه الوسيلة عن طيب خاطر . وبين الحين والحين تذكر ما تسمى بالآثار الضارة للإجهادات الإرادية لتأكيد تجنبها . ومع ذلك ، يمكن القول بوجه عام إن هذه الحركات لم تشرز نجاحاً تاماً . إن النساء يدركن أنها ليست شيئاً صائباً ، بل إن الكشريات منهن يعبرن بوضوح عن بغضهن . ولكن ما إن يمدن أنفسهن وقد تورطن في حمل غير مرغوب فيه ، حتى يسدو الإجهاض الإرادى هو الخطوة التي لا مفر من اتخاذها ، إن الاعتبارات الواقعية ، أو العملية ، ترجع عادة كل الأحكام المعنوية أو الأخلاقية الأخرى في أذهان الشعب اليابانى . . وليس ثمة شك في أن الإجهاض الإرادى ليس مستتباً ، ولكن في مواجهة طفل إضافى غير مرغوب فيه وما يتبع ذلك من هيب اقتصادى وبدنى ، فالرجح بكل تأكيد أنهن ياجأن إلى هذه الطريقة التي تحقق الخلاص ، الحاسم . وسوف تستمر بالضرورة في المستقبل الحركات التي تستهدف وضع حد لانتشار الإجهادات الإرادية . ومع ذلك ، فلو أننا أخذنا في الاعتبار هذه الطريقة الواقعية في التنكير ، فليس يكتفى فقط بالإقناع

المعنوى والأخلاقي ، ولكن بعض الإجراءات العملية الأخرى يجب أيضاً أن تتخذ إذا قدر لمثل هذه الحركات أن تشر على الإحلاق ، ومن وجهة النظر هذه يمكن أن تبحت الجهات المختصة إضافة وسائل جديدة لمنع الحمل ، مثل الحبوب التي تؤخذ عن طريق الفم والولب .

ومع الإدراك المتزايد للشكلات السكانية الخطيرة في الدول المأخضة في طريق النمو والتطور ، تركّز قدر كبير من الاهتمام على اليابان ، وخاصة من جانب الدول الآسيوية . وقد تجلّت الإشادة بـ « معجزة اليابان » منذ قدمت اليابان المثل الحى الواقعى على أن في الإمكان أن يتم التحول الديموجرافى ، (القامم على الدراسة الإحصائية للسكان من حيث المواليد والوفيات والصحة والزواج . . الخ) في بيئة حضارية غير غربية ، وبمعرفة شعب غير غربي ، وتسود للتوقعات بأن أمّا أخرى قد تقتدى بهذا المثل ، بأن تتاق قدر المستطاع دروساً مناسبة من اليابان تتصل اتصالاً وثيقاً بمشكلاتها . ومع ذلك ، فهناك أيضاً في الوقت نفسه بعض الشكوك حول المدى الذي يمكن في حدوده تطبيق التجربة اليابانية على آسيا . فكما ألعنا خلال هذا البحث فإن العامل الرئيسى المفضى إلى انخفاض السّاحد في معدل المواليد في اليابان بعد الحرب كان رغبة الجماهير وقها ، وليس الحكومة . وأيضاً فإن لليابان مزايا كثيرة ساعدت على نشر موانع الحمل ، مثل نسبة ارتفاع المتعلمين (٩٩ ٪) ، ووسائل مواصلات ، ونقل ، واتصالات ، وإعلام ، متطورة تماماً ، وانعدام وجود نظام طبق للجنس ، وما شابه ذلك من مميزات . ومن ثم فإن صلاحية استخدام تجربة اليابان في التنبؤ سوف يحدث في دول آسيوية أخرى تتوقف على الطريقة التي يجرى بها تحليل وتفسير التقاهات والاختلافات بين اليابان وبقية آسيا .

ومهما يكن من أمر ، فقد بدأت حكومة اليابان رسمياً أخيراً في تقديم المساعدة الفنية في تنظيم الأسرة إلى الدول الآسيوية . واستعداد الحكومة

اليابانية الآن لتقديم الدون التقي عند الطلب قد أعلن بوضوح في أحد اجتماعات « المشروع الكولومبي » التي انعقدت حديثاً في نوفمبر سنة ١٩٦٧ ، ونظمت حلقة دراسية في تنظيم الاسرة بطوكيو للأطباء الآسيويين استغرقت ثلاثة أسابيع ، وإلى وقت قريب كانت خمس ممرضات من اليابان يعملن في الهند ، في مساعدة السلطات المحلية على النهوض بخدمات تنظيم الاسرة . يضاف إلى ذلك ، أن « اتحاد تنظيم الاسرة لـ اليابان » قد أنشأ منذ وقت قصير مضي لجنة مختصة بالتعاون الدولي في شئون تنظيم الاسرة . وقد انضم عدد من كبار رجال الأعمال وأهالي الصناعة إلى هذه اللجنة ، التي يرأسها « نوبسوكي كيشو » ، رئيس وزراء اليابان السابق . والأمل معقود على أن دولاً آسيوية كثيرة سوف تفيد من هذه الفرص الرسمية والخاصة بما يسجل بمجالها لمشروعاتها الخاصة بالتعاون الحديث ، والتصنيع ، ورفع مستويات المعيشة .

كوريا الجنوبية : زعامة متنورة وآباء وأحباء متنورون تايدك رايل كيم

إن شبه الجزيرة الكورية ، بحكم موقعها على الساحل الشرقى من آسيا ،
تمتص بها الرياح الباردة من منشوريا فى الشتاء ، وتبللها حتى التشبع أمطار
والمونسون الموسمية فى منتصف الصيف . وجمهورية كوريا ، تشغل ٢ فى المائة
من شبه الجزيرة ، وهى معروفة جيداً بجبالها الوعرة ، ووديانها الخضراء
الجميلة المحاطة بحقول الرز . وجمهورية كوريا ، ليست كبيرة ، فالمساحة
الإجمالية لأراضيها تبلغ قرابة ٩٨٠٠٠ كيلو متر مربع ، أى أكبر قليلاً من
البرتغال أو المجر . . . ومع ذلك ، فإن سكان الجمهورية يزدون على
٣٠٠٠٠٠ نسمة ، وفى بداية الستينيات من القرن الحالى كان معدل النمو
السكانى لكوريا ٣ فى المائة سنوياً تقريباً . ويمكن إرجاع هذا المعدل البالغ
الارتفاع لنمو السكان مباشرة إلى انخفاض معدل الوفيات نتيجة التحسينات
الصحية وتوافر العقاقير الحديثة . وإذا قدر لمعدل نمو سنة ١٩٦٠ أن ينطلق
دون أن يكبح جماحه ، فإن السكان سوف يتضاعفون بحلول سنة ١٩٤٨ ،
وتصبح كثافة سكان جمهورية كوريا ٢٥٠٠ شخص لكل كيلو متر مربع من
الأراضي الصالحة للزراعة .

لقد جاءت ثورة ١٩٦١ العسكرية بمجموعة من الرجال جعلوا مهمهم الأول هند توليهم مقاليد السلطة لإحراز التقدم الاقتصادي ، وإجراء تحسينات في الرعاية الصحية والاجتماعية للشعب ، فوجت حكومة الثورة الدعوة إلى الخبراء من جميع الميادين ليسموا خطة ومشروع السنوات الخمس ، لتطوير الاقتصادى الذى كان من أهم أركانه برنامج قوى شديد الطموح لتنظيم الأسرة . وهذا البرنامج بمضى الآن في طريقه منذ ستة أهوام كاملة ، ويقوم من نواح كثيرة كنموذج لبرنامج عمالة في الأمم النامية الأخرى .

وكان من شأن تقسيم كوريا إلى الشمال الصناعى ود الصيوى ، والجنوب الزراعى ، والديمقراطى ، عقب الحرب العالمية الثانية ، أن تعرقلت مسيرة التطوير الاقتصادى والاجتماعى . ونشأت من الصراع الكورى الدامى من ١٩٥٠ إلى ١٩٥٣ مشكلة إعادة تأهيل رعية لجمهورية كوريا ، شملت إعادة إسكان ثلاثة ملايين لاجئ هربوا من النظام الشيوى ، في الشمال في الفترة ما بين ١٩٤٣-١٩٥٥ ، ومرت كوريا أيضا بتجربة الارتفاع الحاد في معدل التى شملت العالم عقب الحرب ، وبحلول عام ١٩٦٠ كان أكثر من ٥٠ في المائة من السكان دون العشرين من العمر ، و ٨٥ في المائة تحت سن الرابعة والأربعين ، وازداد الموقف في سنة ١٩٦٠ سوءاً على سوء بالافتقار إلى الإسكان الملائم (وبخاصة في المدن السريعة النمو) ، وباتساع نطاق البطالة ونقص الأعمال ، وبالاعتماد المتزايد على المواد الغذائية المستوردة .

وبحلول عام ١٩٦٠ كان التقدم في ميادين الصحة العامة قد بلغ درجة من النجاح جعلت معدل الوفيات يسجل رقماً قياسياً في الهبوط . ونتيجة لذلك كان سكان الجمهورية يزايدون بمعدل يقرب من ٣ في المائة سنوياً ، وبمعدل النمو الذى حققه عام ١٩٦٠ يمكن أن يتضاعف السكان ، من ٣٥ إلى ٥٠ مليوناً ، في مدى ثلاثة وعشرين عاماً فقط . وما جاءت جمهورية كوريا ، هى في

الدرجة الأولى أمزراعية يكسب ٧٠ في المائة من أهلها عيشهم من الأرض ، فإن هذا المعدل للبالغ الارتفاع من القو السكاني لا يمكن احتياله طويلا .

بالرغم من أنه كانت هناك بعض المناقشات حول تنظيم الأسرة بين المسؤولين المختصين في إدارات الصحة العامة وممثل الوكالات المتطوعة ، فإنه لم تتخذ أية خطوة منظمة سابقة لسنة ١٩٦٠ نحو حل المشكلات الموصوفة توأ . والواقع أن موقف الحكومة يمكن أن يوصف بأنه كان تمسكا بنظرة سلبية لإزاء أية خطوة لوضع حد لمعدل القو السكاني .

كان هذا هو الموقف قبيل عام ١٩٦٠ وقيام الثورة العسكرية . ولنستكشف الآن الأحداث التي أدت إلى إقرار برنامج تنظيم الأسرة ، ولستعرض أهدافه الكبرى . إن الرغبات الصادقة لقادة الثورة العسكرية في تحسين الخدمات الاجتماعية للشعب وتحقيق رفاهيته قد استدعت دعوة الخبراء من كل ميدان إلى الاجتماع لتقديم التوصيات لتطوير الاجتاعى والاقتصادى طويل المدى . وكان من أقوى التوصيات التي قدمها الخبراء الأكاديميون والمستشارون الآخرون توصية بوضع برنامج قوى لتنظيم الأسرة يضمن أن المكاسب الاقتصادية لن يبتلعها تضخم مكاني مفرط .

وقد تضمن أول مشروع سنوات خمس اقتصادى وضعته حكومة الثورة هذه خفضا مقدرا في معدل الزيادة السكانية من مستوى ٣ في المائة لسنة ١٩٦٠ إلى ٢.٧ في المائة بحلول عام ١٩٦٦ . وفي الوقت نفسه ألقى المجلس الأعلى للتمعيم القومى قانونا كان يحرم صناعة أو استيراد عقاقير منع الحمل .

وفي سبيل إعداد المسرح لبرنامج واسع النطاق لتنظيم الأسرة اتخذت الخطوات التالية :

١ - بدأت الحكومة في تدريب الأيدي العاملة الأعمال الميدانية لتنظيم الأسرة ، وخصصت ممرضتين خبيرتين في تنظيم الأسرة لكل مركز صحي من ١٨٩٨ مركزاً في شتى أنحاء البلاد .

٢ - نظمت حملة توعية لشطة على المستوى القومي ، كانت محاولة أولى لتوفير الضرب بمقاصد البرامج .

٣ - أقرت السلطة التشريعية ميزانيتين تعادلان (بالدولارات الأمريكية) ٣٣٦ ٠٠٠ دولار في سنة ١٩٦٢ ، و ٥٩٣ ٠٠٠ دولار في سنة ١٩٦٣ ، وذلك لتنظيم وتنفيذ البرنامج .

٤ - بدأت وزارة الصحة مشروعات بحوث تتولاها جامعتا ديويس ، و « سيول »

٥ - أنشأت الحكومة (شبر تنظيم الأسرة) لتبذل خلاله جهوداً خاصة مركزة لتشجيع ممارسة عمليات تنظيم الأسرة .

٦ - بحلول خريف عام ١٩٦١ ، كان قد أقر موقف جديد لإزاء تنظيم الأسرة . وهذا التغيير في الموقف يمكن لمسه على اختلاف المستويات الحكومية . ومنذ بداية ١٩٦٢ خولت وزارة الصحة والشئون الاجتماعية سلطة تنفيذ برنامج تنظيم الأسرة القومي من طريق شبكة الأجهزة الصحية المنتشرة في طول البلاد وعرضها . وهذا البرنامج يجاني منذ البداية ، وبدأ باستخدام الوسائل التقليدية لمنع الحمل : الواقي الذكرى (الكبوت) ، والأقراص الفوارية ، والهرمونات المنوية . وقد تطور إلى استخدام وسائل أكثر تقدماً لمنع الحمل .

ونظراً لما أسفرت عنه هذه المحاولة الأولى من دروس وبحوث وخبرة في

سبيل إيجاد الوسائل الملائمة للزواج والزوجات الكورين السيطرة على حجم أسرهم ، فقد أجرى في سنة ١٩٦٤ تعديل في مشروع السنوات الخمس الأولى . وكانت الأهداف المرسومة (لمشروع السنوات العشر) الجديدة هي خفض معدل النمو السكاني إلى ٢.٥ في المائة بحلول ١٩٦٦ و ٢.٠ في المائة بحلول ١٩٧١ . وضمانا لتحقيق هذه الأهداف ، فإن ٥ في المائة أو ما يقرب من ٢.٠٠٠ ر ٩.٠٠ ر ١ من أزواج وزوجات الأمة ١٠.٠٠٠ ر ٢.٠٠ ر ٤ الصالحين للاختيار يجب أن يكونوا مشاركين مشاركة فمالة قبل حلول عام ١٩٧١ مع مراعاة أن ٧.٠ في المائة من هؤلاء يتلقون خدمات مجانية وضمانا لبرنامج الحكومة .

لقد وضعنا لتونا الأهداف التي وضعت ، وكيف استقر الرأي على هذه الأهداف الطموحة لسيا . والآن دعنا نصف بإيجاز ما أحرزناه من نجاح .

لما في (جمهورية كوريا) قد حالقنا الحظ في أن أهدافنا السنوية ، وأهدافنا طويلة المدى قد تحققت كلها طبقا للخطة المرسومة إلى حد كبير . كان البرنامج يعتمد اعتمادا كبيرا على لولب ليبس ، وهو جهاز لولب صغير يولج في الرحم وتمنع الحمل . وبحلول ديسمبر ١٩٦٧ كانت اللولب المستخدمة في جمهورية كوريا تزيد هنا في أية دولة أخرى في العالم ، باستثناء الهند (وسكانها يزيدون ستة عشر ضعفا على كوريا) وباكستان (وسكانها يزيدون ثلاث مرات عن كوريا) وقد ركزنا الاهتمام على قطع القناة المنوية الدافقة ، وهو إجراء بسيط للتعميم يجري للرجال يزيل خطر الحمل دون أن يؤثر في العلاقات الجنسية . وللأزواج والزوجات الذين لا يرغبون في اللولب أو التعميم الدائم كانت تمنح بلا مقابل أية وسيلة تقليدية أخرى لمنع الحمل مثل (الواقي الذكري) أو غيره . وبنهاية عام ١٩٦٨ كانت قد تمت أكثر من مليون عملية لإبلاج لولب للمرة الأولى ، وكان أكثر من ١٥٠ ر ٢.٠٠ زوج

وزوجة يتلقون موانع الحمل التقليدية شهريا ، وكانت ١١٥ ر ٠٠٠ عملية قطع للقناة المنوية قد أجريت .

والمنافع الكبرى التي حققها البرنامج حتى تاريخه لا تشمل فقط ١٠٠ ر ٢٥٠ زوج وزوجة ، الذين اختاروا المشاركة في تحديد أحجام أسرهم ، ولكن تشمل أيضا ميوطا في معدل المواليد إلى ما يقرب من ٣٣ ولادة لكل ١٠٠٠ من السكان سنويا (تقارن ؛ ٤) ولادة لكل ١٠٠٠ من السكان سنويا في ١٩٦٠) ؛ وهناك رقم قد يكون له معنى أكثر لبعض القراء ، وهو أن في كل سنة تمنح ١٥٠ ر ٠٠٠ ولادة كانت تحدث عادة . وقدر مجلس التخطيط الاقتصادي ، أن المنافع الاقتصادية الطويلة الاجل المقدرة لها أن تعني سوف تعادل الأموال التي استثمرت في تنظيم الأسرة بما يساوي مائة مرة تقريبا . والمنافع الأخرى تشمل اعتمادا أقل على الإجهاد الإداري لإنهاء حالات الحمل غير المقصودة وشعور عام بالاستقرار والراحة للأسرة .

كيف تيسر « جمهورية كوريا ، أن تحقق هذه الأهداف ؟ وماهي الشروط التي توافرت في الأوضاع الكورية لحولت هذه الخطط والتنظيمات إلى حقيقة واقعة ؟ لكي نجيب على هذين السؤالين ، دعنا أولا نحاول أن نصف بعض النواحي الإدارية في البرنامج الكوري لتنظيم الأسرة .

لقد خطا البرنامج الكوري بتمضيده قوى من الحكومة منذ البداية ، ولم تكن القيادة لشعلة فقط ، ولكن مستمرة ، والتغيرات المتكررة في كبار المسؤولين المألوفة في دول أخرى ضاقت إلى الحد الأدنى في كوريا .

هذا وتلقى الحكومة التعميد الفعال المقتدر من جانب (الاتحاد الكوري لتنظيم الأسرة) في مجالات حملات التوعية ، وتدريب العاملين والاستفتاءات الشعبية . وهذه المنظمة تضم إخمائيين في مختلف الميادين وأوسمها من أدركوا الحاجة إلى تنظيم الأسرة في وقت مبكر .

والوكالات المتعددة التي تعمل في كوريا نخص منها بالذكر «المجلس السكاني»
و«الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة»، ووكالة العون لجيش الولايات المتحدة
(USAID) والوكالة السويدية الدولية للتنمية (وهي أحدثها) قد أسهمت جميعا في تقديم
المشورة ، والاعانات المالية ، والمعدات ، والمنح الجامعية للتدريب ،
ومقومات البحوث العلمية . وهذه المساعدة كانت عونا كبيرا في تخطيط البرنامج
والبدء بتنفيذه ، كما أن الوكالات كانت عاملا مساعدا في «تقييم» ،
واختبار ، وتقديم وسائل ومعدات جديدة .

وقد تم جانب كبير من عمل الوكالات المتطوعة عن طريق دراسات أجريت
في الجامعات الكورية ، التي أقامت مناطق دراسية في كل من الريف والحضر
حيث بحثت واختبرت مشروعات رائدة . وقد ساعدت المشروعات الجامعية
على تطوير وتوجيه الخطوط العريضة للبرنامج القوي ، كما أشارت باستخدام
أساليب ومعدات جديدة ، ولشرت تقارير لصالح دول ووكالات أخرى
من بينها الأمر .

على أن البرنامج ما كان له أن يكون فعالا أبدا بدون قوة عاملة واسعة
النطاق حسنة التدريب . ففي كوريا تعتبر عملية إيلاج اللولب جزءا من المهام
العلمية ، وعلى ذلك فالطبيب المؤهل فقط هو الذي يستطيع أن يتلقى التوجيه
ويغزل السلطة في إيلاجها وبحلول منتصف عام ١٩٦٧ كان أكثر من ١٠٠٠
طبيب قد دربوا وخولوا سلطة العمل في البرنامج ، إما لإيلاج اللولب ، وإما
لإجراء عمليات قطع القناة المنوية ، وإما لكليهما .

ومع ذلك فقد كان لابد من ربط الصلة الحيوية بين الزوج والزوجة
الساهعين إلى مشورة منع الحمل وبين الطبيب . وهذه المهمة تتولاها العاملة
الميدانية في تنظيم الأسرة . وهناك ٢٠٠٠ عاملة ميدانية يعملن طول الوقت

في البرنامج بمعدل عاملة واحدة لكل ١٠٢٥٠ زوج وزوجة من المختارين في المناطق الريفية، وعاملة واحدة لكل ٣٠٠٠ زوج وزوجة من المختارين في المدن .

وكل العاملات الميدانيات في تنظيم الأسرة من خريجات المدارس العليا ، و ١٧٪ أيضاً من خريجات الكليات الجامعية ، و ٣٤٪/ وحكيمات، مؤهلات في التريض والولادة . والمسئولية الأولية للعامة الميدانية هي تجنيد المؤبدن لتنظيم الأسرة . ويمهد لكل منهن بأغراض محددة بالنسبة للهدف القوي ، ولعدد الأزواج والزوجات المختارين في منطقتهما ، والطلب الجاري لتنظيم الأسرة . والعاملة الميدانية تحمل نشرات في المعلومات العامة ، وتمتد ندوات جماعية ، وتزور بيوت النساء في المنطقة المسئولة عنها وفي معظم الحالات يمهدها العاملة بالعمل في المنطقة الجغرافية نفسها التي تقيم بها ، وبهذا يكون وجهها مألوفاً لعملائها .

وبالإضافة إلى ذلك فإن هناك عشر وحدات متنقلة تقدم المعلومات وخدمات المستوصفات والمتابعة في المناطق الريفية النائية . وهذه الوحدات المتحركة تمد مثلاً رانماً لتعاون الوكالات الأجنبية في التجربة الكورية . ففي بداية الأمر تلقت الحكومة الكورية مجموعة من سيارات النقل حوالة ثلاثة أرباع الطن كهيئة من الوكالة المختصة التابعة لجيش الولايات المتحدة (USAM) ، وتولى المجلس السكان ، تحويلها إلى أغراضه . وفي خلال سنة ١٩٦٨ شرعت « الوكالة السويدية الدولية للتنمية والتطوير » في تقديم ثمان وحدات متنقلة جديدة كاملة العدد والعتاد كهدية ، وبذلك بلغ العدد الإجمالي ثمان عشرة . يضاف إلى ذلك أن « الاتحاد الكورى لتنظيم الأسرة » يدير خدمة متنقلة في داخل مدينة سيول وحولها .

إن البرنامج الحكومى قد يكون مقسح الآن مرناً ، والعاملات الميدانيات

قد يكن حسنات التدريب ، وعلى أعلى مستوى من البراعة ، والخدمة المتنقلة قد تصل إلى أبعد المناطق النائية ، ولكن بدون جمهور مطلع على حقائق المشكلة ، وثيق الاهتمام بها ، ومستجيب لوسائل حلها ، فإن كل الجهود يكتب لها الفشل .

ومن هذه الناحية فإن الشعب الكورى يعد حلقة قوية فى السلسلة . إنهم يتعلمون إلى تحسين الوضع الاقتصادى لأسرهم بأن يكونوا قادرين على السيطرة ، لأعلى عدد من الأطفال الذين يريدونهم بحسب ، بل وأيضاً على الفترات الواسعة بين مولد كل طفل وآخر . وهم يرغبون فى رؤية أطفالهم متعلمين يشغلون بأعمال مجزية ، ويعرفون أن فرص تحقيق كل من هذين الحليين لن تتوافر على الأرجح إلا إذا كرسوا جهدهم الكامل لكل طفل من أطفالهم ، وإلا إذا تهاؤوا الاستمرار الاقتصادى الموطن الدائم للأسرة . وهم أيضاً يرغبون فى القضاء على غارف الحمل غير المرغوب فيه ، وتهديدات الإجهاض الإرادى . إن الآمال العاجلة لتنظيم الأسرة هى نفقات أخف وطأة للوادر الغذائية ، وأطفال أقل تلزمهم المدرسة والملبس ، ودخل أكثر للإنفاق على تحسين مستوى المعيشة .

ومن أعظم النتائج الجزئية للبرنامج تغير الموقف إزاء حجم الأسرة الكبير . فبينما الأطفال بوجه عام ، والأبناء بوجه خاص ، لا يزالون موضع التقدير العظيم ، إلا أن هناك إدراكاً متزايداً بأن زيادة حجم الأسرة عن الحد الملائم يمكن أن يكون ضاراً أكثر منه نافعاً لكيان الأسرة وخيرها . وقد جاء هذا الإدراك جزئياً كنتيجة مباشرة لتحسين وسائل الرعاية الصحية للطفل والأم ، التى أعطت للأباء والأمهات ضمانات أقوى من ذى قبل بأن أطفالهم سوف يبقون على قيد الحياة .

ولأن معدل معرفة القراءة والكتابة فى الأمة يبلغ ٩٢ فى المائة ، فقد تيسر توزيع النشرات والبيانات المكتوبة بشأن وسائل تنظيم الأسرة على الشعب بأسره . فالتقاويم التى تجذب الأنظار ، ولوحات الدعاية ، والنشرات التى توزع باليد ، واللافتات ، وإعلانات التلفزيون والإذاعة ، وأساليب

الإعلام الجماي الأخرى ، مضافة إلى الندوات الجماي والزيارات المنزلية التي تقوم بها العاملات الميدانيات كلها قد أثبتت أثرها العميق إلى درجة أن ٨٥ في المائة من النساء الكوريات يألفن عبارة وتنظيم الأسرة ، و ٨٦ في المائة ممن يوافقن على تقييم حجم الأسرة بوسائل تنظيم الأسرة . وإذن فالأهالي الكوريون مطلعون اطلعا وثيقا ومستجيبيون . أما مقدار اهتمامهم فيتجلى في أحسن صورة في نسبة ٣٠ في المائة من النساء المتزوجات في كوريا اللاتي استخدمن أو يستخدمن موانع الحمل .

ولقد وضح أنه ليس هناك تمويدة سحرية ، للنجاح في برنامج تنظيم الأسرة ، وأنه ليس هناك بديل لتنظيم قوى فعال جم النشاط .

ويمكن تفهم النجاح الذي أحرزه برنامج تنظيم الأسرة الكورى على خير وجه بتشبييه بسلسلة ، حلقاتها ممتدة على كل مستوى ، من رئيس الجمهورية والمجلس التشريعى ، إلى وزارة الصحة والشئون الاجتماعية ، إلى حكاهم الأقاليم ثم إلى المراكز الصحية على المستوى الإقليمى . والحلقات النهائية هى العاملات الميدانيات فى كل منطقة ، والأطباء المتعاونون معهم ، والأ ٢٠٠ ر ٤ زوج وزوجة المختارون . وهذه السلسلة صقلتها التجربة وشكلتها الوكالات المتعاونة و الاتحاد الكورى لتنظيم الأسرة . وقد احتفظت كلها بمرونتها وزادت قوة على قوة .

وجاءت القوة الدافعة لإحكام حلقات هذه السلسلة من كل من الحكومة ، حيث قدرت خطورة المشكلة ، ومن الشعب ، الذى شعر بضغوط التضخم السكانى تثقل كاهله يوما بعد يوم ، وقد ساعد على التقبل السريع لتنظيم الأسرة أن البرنامج أهد ، والقوة الدافعة فى أوج عهدها ، والضغوط السكانيه ينوء الشعب بشقلها كل يوم .

وتتم مراجعة أوجه النشاط الشاملة لعمليات هذه السلسلة بما تتضمنه من

سلطات ومسئوليات ، بواسطة تقارير يرفعها جميع العاملين الميدانيين والأطباء المسجلين في العمليات ، وتقدم عن طريق المراكز الصحية الإقليمية لتصل إلى وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية قبل العشرين من كل شهر . وهذه التقارير تدرج في جداول على الفور ، ثم تنشر النتائج وتحلل بمعرفة (القسم الفرعي لتنظيم الأسرة) المنبثق من (قسم الرعاية الصحية للأمومة والطفولة) التابع للوزارة ، وهو مسئول عن تخطيط البرنامج والإشراف الشامل عليه .

ومع ذلك كله ، وبعد كل ما قيل وأنجز ، فلا يزال هناك الذين تساورهم الشكوك ، وأولئك الذين يرتابون في ضرورة تنظيم الأسرة ، وينسألون أيضا عما إذا كان البرنامج يستحق ما ينفق عليه من أموال .

وللإجابة على أولئك الذين يضعون حكمة البرنامج وضرورته في موضع التساؤل ، فإننا نشير إلى الإحصاءات الزهية المقدمة في بداية هذا الحديث . إن احتمالات حدوث مجاعة ، وتضخم سكاني ، وبطالة عالية ، وافتقار تعليمي وتدهور صحي للأسرة — كل ذلك حفر الشعب الكوري على أن يبادر بالبرنامج . وكما أوضحنا من قبل ، فإن البرنامج يلقي تأييدا قويا ، وليس هناك وسوس تقليدية أو أخلاقية أو دينية ضد منع الحمل في بلادنا . وأخيرا ، فللممارضين أن يطعنوا إلى أن الحكومة تعمل فقط على إحاطة الناس هنا بالحقائق وتقديم الخدمات المجانية . ولا يزال القرار الخاص بممارسة تنظيم الأسرة هملا فرديا يحسنه تفرده الأسرة صاحبة الشأن بمحض إرادتها . فإذا استقر عزم زوج وزوجة على أن يحددا حجم الأسرة فلها أن يختارا من بين وسائل متنوعة تقدم بلا مقابل .

لقد كانت النفقات منخفضة إلى درجة مذهلة ، فالنفقة الإجمالية كانت فقط ٤٠ سنتات لكل فرد كل سنة وجملة البرنامج على مدى فترة عشرة أعوام يجب أن تتكلف أقل من ٠٠ ٠٠ ٠٠ ٢٠ دولار ، أو بمعدل ٦ سنتات لكل فرد

كل سنة ، على أنه لا بد من الإشارة إلى أن من هذا القدر الإجمالي ، سوف نستخدم لـ ٣٠ ٪ لتحسين خدمات الرعاية الصحية للأمومة والطفولة ، وخاصة ما كان منها متصلاً بالولادة ، وما تتطلبه من عناية قبلها وبعدها .

لقد حاول هذا الحديث المختضب أن يعطي القارئ بعض المعلومات عن برنامج تنظيم الأسرة في كوريا . وقد مدنا وصفا للضغوط الاقتصادية والاجتماعية الشديدة القوة التي بلغت ذروتها حوالى عام ١٩٦٠ ، وتصادف وقوعها مع الانقلاب العسكري الذى غير السياسة الرسمية بشأن تنظيم الأسرة ، ولخصنا الخطوط العريضة لنجاح التجربة الكورية . وقد جلب البرنامج الكثير من الزوار إلى كوريا ، وحظى بتعليقات طيبة من شتى أنحاء العالم النامى . كما أوجزنا بيان تنظيم البرنامج ، وكيف أنه يعتمد بكل ثقله على التعاون المتبادل بين الوكالات المتطوعة ، والجامعات ، والمهنة الطبية ، والهيئة التشريعية ، وكل المستويات الحكومية ، بما فيها القرى . وقد كانت تكاليف البرنامج منخفضة إلى درجة يمكن معها اعتباره « صفقة رابحة » حقيقية بالنسبة للأفراد الذين يفيدون بميزة الخدمة المجانية ، وبالنسبة لدافعى الضرائب ، وللإقتصاد ككل ، حيث تنضج النتائج فى اتساع نطاق التعليم المدروس ، وارتفاع معدلات العمالة وزيادة نصيب الفرد من الدخل القومى ، وتحسين الأحوال الصحية للأسرة والمجموعات البشرية . وبالإشارة إلى التطويرات المساعدة فى الرعاية الصحية للأمومة والطفولة ، فإننا أصبحنا أكثر قدرة على إقناع الوالدين بأن أطفالها سوف يعيشون . وقد أصبحت المرأة أقرب إلى الاقتناع الكامل بأن ولادتها ستكون مأمونة وموفقة ، وبأن طفلها سوف ينمو ليكون إنساناً بالغاً مكتمل الصحة .

على أن جمهورية كوريا ليس فى مخططها أن تركز إلى الاستمتاع بأكاليل النصار . مخطط المستقبل لا تتضمن فقط تحقيق أهداف مشروع السنوات العشر ، ولكن أيضاً إعداد واختبار وسائل جديدة إلى حين يتم تطويرها .

ومن بين المشروعات المعدة الآن : توزيع الحبوب التي تؤخذ بطريق القم على هؤلاء النسوة اللاتي جربن اللولب ، ولسبب أو لآخر وجدته غير مرض . ومشروع آخر هو توسيع نطاق خدمات الوحدات المنتقة لتشمل جميع ال ٦٠٠.٠٠٠ نسمة تقريباً الذين يعيشون في مناطق نائية . وفي الوقت الذي تتضح فيه المنافع الاقتصادية للبرامج ، فإن المتوقع أن أزواجاً وزوجات كثيرين سوف يبدأون ممارسة عمليات تنظيم الأسرة بمواردهم الخاصة بهم ، وبذلك يتيحون الفرصة لوزارة الصحة كي تحول مزيداً من جهودها إلى تطوير برنامج الرعاية الصحية للأمومة والطفولة ، بكامل جوانبه ، وتنظيم الأسرة بمرءة بجانب منها .

وقد تم فعلاً تحديد الأهداف التجريبية بعيدة المدى ، والأمل معقود على أنه بحلول عام ١٩٨٦ فإن جمهورية كوريا سيبلغ معدل النمو السكاني فيها قرابة ١ في المائة كل سنة . وعندئذ سيزيد معدل نصيب الفرد من الدخل القوي إلى أكثر من ثلاثة أمثاله ، كما ستتضح الآثار الاقتصادية الكاملة للجهود الحاضرة في تحسينات سوف تطلأ على فرص العمل ، والمدارس ، والتنفيذية — وفي أسر صحية تزدهر في أمة صحية .

٤ تايوان : معمل الجزيرة ل.ب.ب. نشو

حين أجرى أول تعداد للسكان في سنة ١٩٠٥ بتايوان ، وهي إقليم من جمهورية الصين ، كانت جملة السكان ٣ ملايين نسمة . وزاد عدد السكان إلى أكثر من ستة ملايين في سنة ١٩٤١ ، أي إنهم تضاعفوا في ست وثلاثين سنة . والآن ، في سنة ١٩٦٧ ، بعد ست وعشرين سنة زاد عدد السكان إلى ١٣ مليون نسمة . ومن هذه الزيادة ، كان ستة ملايين يمثلون « زيادة طبيعية » ، والباقيون (مليون) كانوا يمثلون (زيادة اجتماعية) (ترجع إلى الهجرة ، من أراضي الدولة الرئيسية بوجه خاص . وتبلغ كثافة سكان تايوان ٩٤٦ شخصا لكل ميل مربع من المساحة الإجمالية ، و ٣٧٨٤ شخصا لكل ميل مربع من الأراضي المزروعة . ذلك أن تايوان واحدة من أشد مناطق العالم كثافة بالسكان .

وكان معدل المواليد الفج يدور حول ٤ لكل ألف ، ولكنه انخفض قليلا إلى ٣٨ لكل ألف في سنة ١٩٤٧ ، نتيجة للحرب العالمية الثانية . وارتفع المعدل ٥٠ لكل ألف في ١٩٥١ . ولكنه انخفض تدريجيا فبا بعد إلى ٣٦ لكل ألف في سنة ١٩٦٣ ، قبل أن يبدأ برنامج تنظيم الأسرة الموسع بعام واحد . ومع ذلك ، فقد هبط معدل الوفيات هبوطا مستمرا من ١٨ لكل ألف في سنة ١٩٤٧ إلى أكثر بقليل من خمسة لكل ألف في سنة ١٩٦٨ .

وبسبب ارتفاع معدلات المواليد ، كان سكان تايوان صغار السن ، فقرابة ٥٠ في المائة تقل أعمارهم عن خمسة عشر عاما . وهذا يعني أن ٩٠ في كل مائة

شخص في سن الإخصاب من خمسة عشر إلى أربعة وستين ، بالمقارنة بـ ٦٨ في كل مائة بالولايات المتحدة . ومن أجل هذا تطبق تايوان برنامج تنظيم الأسرة .

لقد كان النمو الاقتصادي في تايوان خلال العقدين الماضيين بالغ الروعة حقاً . فمتذ سنة ١٩٥٣ ارتفع معدل نصيب الفرد من الدخل القومي بنسبة ٨٥ في المائة إلى ما يقرب من ٢٢٠ دولاراً (دولارات أمريكية) ،

ومعدل المتعلمين في تايوان من أعلى المعدلات في آسيا . نحو ٨٥ في المائة من السكان الذكور ، و ٦٩ في المائة من السكان الإناث فوق الثامنة عشرة من العمر ، يقرأون ويكتبون . وستة أعوام من التعليم الإلزامي إجبارية الآن ، و ٩٧ في المائة من السكان في عمر الدراسة الابتدائية ملحقون فعلاً بالمدارس . وقد امتد التعليم الإلزامي إلى تسع سنوات في بداية العام الدراسي ١٩٦٨ . وقد ساعدت شبكة كاملة من ٣٦١ مركزاً صحياً على خفض معدل الوفيات ، وخاصة من الناشئين والأطفال .

والطابع الثقافي في تايوان ينتمي للتراث الصيني ، إذ يهيمن الأسر الكبيرة . فالمال والبنون وطول العمر (كلما زاد عدد الأطفال زاد الخير ماداموا بليين) هو الثلاث الذي كان يعتبر زينة الحياة الدنيا . وبالرغم من ذلك ، وإن كان يبدو غريباً ، فإن أسمة من كل عشرة أزواج وزوجات يعتقدون أن تنظيم الأسرة شيء حسن .

وبسبب الافتقار إلى سياسة رسمية وأثر الخلفية الثقافية ، ظل تنظيم الأسرة زمناً طويلاً ، وإلى وقت قريب ، محظوراً في تايوان . والحركة الحالية مدينة بتأييدها وتدعيمها إلى الراحل شيانج مون — لين ، الرئيس السابق للبعثة الصينية — الأمريكية المشتركة للتعمير القروي .

وبدا لإسهام الحكومة في سنة ١٩٥٩ ، عندما ضم تنظيم الأسرة كجزء لا يتجزأ إلى برنامج الرعاية الصحية للأمم المتحدة والطفولة . ويطلق على البرنامج تفادياً للوطن الحساسة ، اسم (البرنامج الصحي لفترة ما قبل الحمل) وجاء

تأسيس « مركز تايوان للدراسات السكانية » في سنة ١٩٦٣ مسجلا خطوة ذات شأن في التطويرات الحديثة لتنظيم الأسرة . وكانت أغراض المركز القيام بدراسات وعمليات مسح شاملة لكشف عواقب النمو السكاني ، وأثرها في صحة الناس ، وفي التطوير الاقتصادي للبلاد ، ثم تقديم تلك الحقائق للشعب .

وفي سنة ١٩٦٣ ، وبعد أن توافرت في تايوان الأجهزة لمنع الحمل بواسطة اللولب الرحمية ، بدأ في مدينة « تايفنج » برنامج طبيعى لتقدير مدى التقبل ، والتأثير ، والآثار الجانبية للأجهزة الجديدة — وتم تجميع ١٥٥٠ حالة في تسعة أشهر ، اختارت منها ثلاثة أرباع أن تستخدم اللولب عندما غير أصحابها بين مختلف الوسائل ، وهذه الحالات تفحص حاليا كل سنة أشهر بمعرفة إخصائين في الولادة وأمراض النساء .

ونظراً للحاجة المتزايدة والنتائج المشجعة للدراسات الطبيعية على دلولب ليليس ، فقد تقرر توسيع نطاق البرنامج لتنتفع به النسوة في شق أنحاء الجزيرة . وهذا الجهد الشامل بطول الجزيرة وعرضها بدأ في يناير ١٩٦٤ أولاً في إقليم واحد ، ولكن سرعان ما امتد إلى الجزيرة كلها . والهدف من البرنامج هو المساعدة على خفض معدل المواليد الفج بحوالى ٣٣ في المائة في عشر سنوات . ولتبل هذا الفرض ، قدر أنه لابد من إبلاج ٦٠٠٠٠ لولب تقريباً في مدى ستة أعوام .

ولتنفيذ هذا البرنامج بطريقة أكثر فعالية ، شكلت لجنة لتنظيم الأسرة في نطاق مصلحة الصحة الإقليمية . ومسئولية هذه المنظمة أن تتخذ قرارات بشأن المسائل الإدارية والتوجيهية ، وأن تشرف من النواحي الفنية « التكنيكية » على أوجه النشاط التي تبذلها المنظمات المتطوعة في المجال نفسه . وحتى الآن فإن سلطات الصحة الحكومية قد حملت فقط مسؤولية توعية

الناس بتنظيم الأمومة . أما الخدمة النعابية لأوائك الذين يرغبون فيه فإنها تقدم من جانب د رابطة الرعاية الصحية الأمومة والطفولة ، وهي منظمة متطورة . والرابعة تدفع نصف تكاليف الإلاج الأواب من أموال الفائدة المتحصلة من اعتمادات مقابلة للولايات المتحدة .

ويستخدم البرنامج نموذجين من العاملات الميدانيات : عاملات في رعاية صحة الأمهات قبل الولادة ، وممرضات لتعليم الصحة بالقرية (اللاتي سبق أن استخدمن لتعليم الناس أصول علم الصحة والرعاية من الأمراض) . وعاملات رعاية صحة الأمهات قبل الولادة (عددهن ٤٠٠ حالياً) ويرابطن في الدوائر الانتخابية . عادة واحدة في كل منها . وممرضات تعليم الصحة بالقرية (عددهن ١٠٠) يدجن تنظيم الأمومة في نشاطهن الخاص بتعليم الصحة . وهن ينتقلن شهرياً من قرية إلى أخرى في جماعات ، كل جماعة مكونة من ثلاث . ويعتمد العاملون عادة عن طريق إعلانات الصحف . وتنفذ لطلاب العمل امتحانات مسابقة . والشرط الحيوي للنجاح هو القدرة على التفاهم مع الناس والتحدث إلى الأمهات بلهجة محلية .

ويشمل التدريب السابق لتسلم العمل مائة ساعة من الممارسة النظرية والميدانية . ويستدعى العاملون عادة لتدريب يستغرق يومين خلال العمل مرتين في السنة . وهناك ثلاثون مشرفاً مختارون من العاملين الذين يظهرون قدرة طيبة على الإنجاز وصفات القيادة .

والعاملات الميدانيات يركزن نشاطهن في مجالين كبيرين ، هما : الزيارات المنزلية ، وعقد اجتماعات صغيرة . والنسوة اللاتي يبدن اهتماماً بالأواب تسلم قسائم (كوبونات) ، تعطى حاملها الحق في خصم قدره ١٠ ٪ من تكاليف الإلاج (التي حددتها الرابطة بـ ١٥٠ دولار ، تشمل العناية اللاحقة) . وعلى أساس ما كلفه عنه برنامج العمل الطليعى بمدينة تايشنج ، كانت العاملات الميدانيات يوجهن كما يلي :

١ - اذهبي إلى مكاتب تسجيل الدائرة الانتخابية لنسخ أسماء كل النساء المتزوجات اللاتي في العشرين إلى الرابعة والأربعين من العمر ، ويمنشن في الدائرة الانتخابية .

٢ - قومي بزيارات منزلية ، أو اعقدى اجتماعات صغيرة تضم أهالي مريع سكان يتألف من حوالى عشرين أسرة .

٣ - عند القيام بالزيارات المنزلية ، تفاهمي أولاً فقط مع النساء اللاتي هن على الأقل ثلاثة أطفال ، وعلى الأقل ولد واحد .

٤ - جندى المتطوعات من بين المقتنعات باستخدام الوالب بصفة خاصة للمساعدة على نشر الأخبار .

٥ - قومي فقط بزيارة متابعة واحدة بعد ستة أسابيع من الأولى ، واستكشفي مناطق جديدة بدلاً من إنفاق الوقت في المناطق القديمة .

وفي خلال العام الأول من العمل فقط سمح للاخصائيات في الولادة وأمراض النساء بإيلاج الوالب. وشمل تدريب هؤلاء الطبييات شرح أغراض وإجراءات عمل إيلاج واحدة على الأقل . وما دام معظم الاخصائيات في الولادة وأمراض النساء بتايوان قد سبق لهن أن حزن خبرة واسعة بحلقة داوتاء اليابانية Japanese Ota ring فإن توجيهاً موجزاً يعتبر كافياً جداً . وبعد التدريب يطلب إلى الطبييات أن يوقعن عقداً . وهناك حالياً ٦٦٤ طبيية ووقعن ويشاركن في البرنامج .

والنشر عن البرنامج خاضع لقيود ثقيلة . فالشمار غير المدون هو :

« قم بالهمة ، ولكن لا تتحدث عنها » . وهذا المبدأ يسهل قوله ولكنه صعب في إتباعه .

ووسائل الإعلام الصحية والتعليمية التي توزع على العاملين الميدانيين تشمل

أشرطة أفلام وغرائط ، ورسوماً بيانية وكراسات ، ونشرات إعلامية : أما وسائل الإعلام الجماعية الأوسع نشاطاً فتشمل إعلانات راديو فورية ، وشرائح زجاجية Slides لدور السينما ومواد صحفية . والأفلام السينمائية القصيرة سوف توزع في المستقبل القريب ، لأن الجرم العام قد أصبح أكثر ملائمة .

والمجلس السكانى يقدم الدولارات للبعثات التى تجلب من خارج تايوان وكدفوعات البنود التى لا تستطيع الاعتمادات المحلية أن تحمّلها . وهو يعين أيضاً معظم برامج البحوث .

وقد أنفق خلال السنة المالية ١٩٦٧ مبلغ ١٠٠.٠٠٠ دولار على العملية والبحث وتقوم البرنامج الممتد في طول الجزيرة وعرضها ، وهذا يشمل الدخل من كل المصادر . والتكاليف أقل من ٥ سنوات لكل فرد أو أقل من ٤٠ سنتاً لكن امرأة متزوجة في سن إنجاب الأطفال (حوالى ٢٠.٠٠ دولار لكل من قبلت حلقة منع الحمل) . والبرنامج بذلك يعد الأرخص من نوعه في العالم .

وقد أصبح برنامج تايوان لتنظيم الأسرة معروفاً بوجه خاص بسبب نظم التقييم والتسجيلات الدقيقة الشاملة التى ينفرد بها ، فالجزيرة لها نظام بارع للسجلات يمكن بواسطته تسجيل ، ليس فقط المواليد والوفيات ، ولكن أيضاً الميزات الشخصية وتحركات السكان ، وفي الوقت نفسه الأحداث الحيوية الأخرى (مثل الزواج ، والطلاق ، والتبني ، وماشابه ذلك) .

وأى تغيير في معدل المواليد ، وأى مواقف ديموجرافية ، أخرى ، يمكن تحليلها من التسجيلات المحفوظة ، يضاف إلى ذلك ، أنه لتقييم البرنامج ، فقد تبنى « مركز الدراسات » ثلاث وسائل رئيسية : استخدام القسام (الكوبونات) ، إجراء عمليات مسح شاملة لتواحي التوعية والاستجابة والممارسة ، ثم مقابلات متابعة مع المتقبلات للحلقة .

والكوبون يتحول حامله خصماً قدره ٥٠ في المائة من تكاليف إبلاج الحلقة ونحضره المرأة إلى الطبيب المتولى أمرها . وبعد إبلاج الحلقة ، يوقع الكوبون ويحفظ بمعرفة الطبيب حتى وقت مبكر من الشهر التالى عندما يجمع بواسطة

أحد أفراد مصلحة الصحة المحلية . وعندما يجمع الكوبون يدفع ٧٥ سنتا للطبيب . وتقدر إنجازات العاملة الميدانية بعدد الكوبونات المسجل اسمها عليها . وما دامت الكوبونات تفي بتزويد العاملات والماملين والأطباء والطبيبات ، فكلها يصادقورا التحليل ، وهنا تتحقق الافادة العاجلة من النتائج في تحسين العملية خلال الشهر الثاني .

وعمليات المسح الشاملة لكن انتهاء الجزيرة للتوعية والاستجابة والممارسة تجرى مرة كل عامين على . . وامرأة في سن الزواج . والمسح الأول أجري في أكتوبر سنة ١٩٦٥ ، والثاني في أكتوبر سنة ١٩٦٧ .

ومقابلات المتابعة للتقبيلات الحلقة هو نظام آخر بارع اتخذ لمعرفة مدى عدم الاقتناع الذي يتطور بين مستخدمات الحلقة ولتقدير معدلات الاحتفاظ بالحلقة والآثار المختلفة على نسبة المواليد والإخصاب على مدى الشهور والأعوام وهي تتم سنويا . والميزات الكبرى لإجراء مقابلات متابعة بدلا من أن يطلب إلى الحالات أن تعود إلى العيادة للفحص ، هي معدل أقل في التكاليف وأعلى في الاستجابة . ففي دراسة صغيرة قد يكون من الممكن أن نجمل كل الحالات تقريبا تعود إلى العيادة لإجراء عمليات فحص منتظمة .

ومع ذلك فهذا مستحيل تقريبا في عملية ميدانية كبيرة وأولئك الذين لا يواجهون متاعب من الحلقة لن يظهرون عادة لإجراء الفحص .

والهدف الكلي لإيلاج ٦٠٠.٠٠٠ حلقة قد تسم إلى ستة أهداف سنوية . فالعدد الإجمالي للنساء المزوجات من أعمار عشرين إلى أربعة وأربعين هو حوالي ١٠٦ مليون في الوقت الحاضر ، وهدف الـ ٦٠٠.٠٠٠ حلقة يتوافق مع ٣٧ في المائة من المجموع الكلي . والرقم التصاعدي لمن قبلن استخدام الحلقة قد بلغ ٥٠٠.٠٠٠ بنهاية ١٩٦٨ ، وهو يتوافق مع ٣.٠٥ في المائة من جملة المزوجات من عشرين إلى أربعة وأربعين .

وهذا يعني أن واحدة من كل ثلاث نسوة متزوجات في سن حمل الأطفال قد قبلت الجهاز . ويحرق حاليا في المعدل تجنيد من ٨٠٠٠ إلى ١٠٠٠٠ حالة جديدة كل شهر .

وبرنامج تايوان يمتد أساسا على الأطباء المتخصصين الذين أولجوا أكثر من ٨٥ في المائة من الحلقات والإناث من الأطباء مقبولات أكثر من الرجال ، ولكن ليس بالضرورة . وكانت مشاركة المستشفيات العامة مشاركة متشيلة غير جديدة بالذكر .

وحق هذه الحلقة سجلت معدلات القبول أعلى لسبة للنسوة من ٣٠ إلى ٣٤ من العمر اللاتلن أربعة أطفال أحياء واجتازن المرحلة الاعدادية من التعليم . ومعدل العمر للمتقبلات في انخفاض . وعدد أقل نسبيا من النساء يستعمل الحلقة لإفصاح فترات زمنية لإنتاج الأطفال .

ويؤكد البرنامج الأهمية الكبرى للدراسات التجريبية التي تستهدف توجيه العمليات الفعلية وجهتها الصحيحة . وقد أشارت نتائج الاختبارات المبكرة إلى أن انتشار « كلمة القم » يمكن أن يساعد على نشر المعلومات عن الجهاز . والبحوث العملية الأخرى تشمل « الإيلاج الجمائي للحلقات لوقت محدود » ، « حافز لتحويل الحالات » ، « واستخدام قادة طوائف المجتمع وأعضاء المهن الطبية في عمليات التحويل » ، « لإرسال خطابات بالبريد إلى النساء حديثات الولادة Post - Partum » ، وإلى مستخدئ الحكومة لتشجيع قبول الحلقة . وفي سنة ١٩٦٧ أرسل بالبريد نصف مليون خطاب .

وقد أريدت في مواعيد منتظمة ٨٠٠٠ حالة للفتنات بأجهزة الحلقة إلى « عيادة مركز الدراسات السكانية بتايوان » لفحصها بعرفة المتخصصين في الولادة وأمراض النساء ، ومن خلال هذه الدراسة ومقابلات المتابعة لنماذج من الفتنات بالحلقة من الجزيرة ، وجد أن معدل الاحتفاظ بالجهاز لم يحقق

الأمال المعقودة عليه . وتم إزالة حوالي ٥٠ في المائة في مدى عامين ، معظمها لأسباب عدم الملازمة طيبا .

إن حلقة مولجة في داخل امرأة لها من العمر خمس وثلاثون سنة ، ولها خمسة أو أكثر من الأولاد الأحياء وحصيلتها المدرسية مقصورة على تعليم ابتدائي محدود ، وتعيش في قرية في قلب الريف — سوف تبقى مولجة أطول مدة ممكنة . ومعدل الفقدان أعلى بكثير عند النساء الصغيرات جداً في السن — وفي المعدل فإن الحلقة سوف تبقى في الرحم لفترة تبلغ حوالي ٣١ شهراً . والإزالة بسبب الآثار الجانبية هي أهم الأسباب التي تؤدي إلى فقدان هذه الوسيلة الفعالة من وسائل منع الحمل .

وبعد نهاية المرحلة الأولى تعود ٣٣ في المائة من الحالات المنتهية إلى إبلاج الحلقات من جديد . وبعد ثمانية عشر شهراً من بداية القبول كانت حوالي ٥٩ في المائة من الحلقات لا تزال مولجة — ولهذا الحالات التي تخلت عن الحلقات ، أدرجت في البرنامج المحبوب التي تؤخذ بطريق الفم منذ يناير ١٩٦٧ . والمحبوب ميسورة الآن بـ ٣٥ سناً للدورة . وبنهاية عام ١٩٦٨ تم تجنيد حوالي ٩٠٠٠ من المنتفعات بالمحبوب .

وبعد القبول المبدئي انخفضت معدلات المواليد بنسبة تقرب من ٨٠ في المائة بمقارنتها بفترة الأهوام الثلاثة السابقة على القبول .

وكانت هناك حوادث مؤسفة قليلة . فقد حدثت إصابات انثقاب في حوالي حالة واحدة من كل ١٠٠٠ حالة إبلاج . ومن بين الخمس والثلاثين إصابة انثقاب التي أبلغ عنها ، اقتضت عشر منها علاجاً بالجراحة .

وبالرغم من ارتفاع معدلات إنهاء استعمال الحلقة بين المنتفعات بها ، فإنها أقل من مثيلاتها عند المنتفعات بالمحبوب أو بوسائل منع الحمل التقليدية الأخرى . وفي الوقت الذي يواصل فيه البرنامج طريقه ، ذاعف بين طوائف الناس

أشياء ، طبية ، وأخرى ، ستة ، عن الحلقة . وبوجه عام فإن قرابة الثلثين من قبلان استمالها وجدتها وسبلة مرضية فقط ، وحوالي ٥ في المائة فقط عانين نتائج غير مرضية على الإطلاق .

إن تحليل هبوط نسبة المواليد في « تايوان » ذو أهمية للشتغلين بدراسة الإحصاءات السكانية والديموجرافيين ، لأنها واحدة من مناطق العالم القليلة التي تسمح بالتحليل التفصيلي ، نظراً لدقة الحقائق المسجلة وشمولها .

وقبل بداية تنظيم برنامج الأسرة الشامل للجزيرة ، وبين عامي ١٩٥١ و ١٩٦٣ كان المعدل الفج للمواليد قد انخفض من ٥٠ إلى ٣٦ لكل ألف بمعدل متوسط يقرب من ٢٠٣ في المائة سنوياً ، وبعد تنفيذ برنامج تنظيم الأسرة الشامل للجزيرة ، تضاعف هبوط نسبة المواليد . ومعدل الزيادة الطبيعية (باستبعاد الهجرة الآن) هو حوالي ٢٣ لكل ألف . وبذلك يبلغ برنامج السنوات العشر منتصف الطريق في مضيئه نحو الهدف .

وحتى الآن كان برنامج تنظيم الأسرة في « تايوان » أقرب ما يكون إلى النجاح . والجزيرة تملك الفرصة كي تثبت للمرة الأولى في التاريخ أن نسبة المواليد لسكان برمتهم يمكن أن تخفض بشكل ملموس بالجهود المخططة .

والأسباب الكبرى لنجاح برنامج « تايوان » تشمل الآتي :

- (١) تطوراً اقتصادياً سليماً اتخذت إجراءاته قبل البدء بالبرنامج :
- (٢) هبط معدل الوفيات هبوطاً حاداً ، وخاصة بين الناشئين ، مما جعل الآباء والأهات يدركون أنهم ليسوا في حاجة إلى إنجاب أطفال كثيرين كي يحتفظوا بعدد معين منهم أحياء . (٣) هناك تنافس شديد على أماً كن أقل من الكفاية بالمدراس ، ثم على فرص العمل فيما بعد . (٤) القادة والديناميكيون ، قد أثبتوا أن سياسة رسمية تساعد البرنامج ولكن ليس بالإلزام .

ولقد صمم برنامج « تايوان » على أساس تشجيع « المساعدة الذاتية ،

وبموجبها تدفع المرأة نصف تكاليف لإيلاج الحلقة ، وتسهم في ثمن الحبوب .
فالحخدمات المجانية التي تصل إلى باب كل بيت شيء رائع ، ولكن التشجيع
الرائد عن الحد « السلبية » في البرنامج قد يمرقل النجاح النهائي . ذلك أن
ممارسة تنظيم الأسرة تتطلب الارتباط والتضامن الشخصي .

والبرنامج يواجه بعض المشكلات : (١) سوف يشع تدريجيا عدد
النساء اللاتي لهن الكثير من الأطفال ، وبذلك يقتضى الأمر أيضا إدراج
النساء الأصغر سنا في قوائم البرنامج . (٢) الأشياء التي كانت تقال عن
الحلقة كانت في معظمها طيبة في البداية ، ولكن فيما بعد انقشرت أشياء « طيبة »
وبجانبها أخرى « سيئة » : وما لم تطور أساليب جديدة لتناول المشكلة
تتضمن استخدام الحبوب فإن معدل القبول قد يهبط .

ومواطن الضعف الكبير في برنامج « تايوان » تتضمن الآتي :

(١) كان البرنامج معتمدا على عدد صغير من المستخدمين ، والمربيات
منخفضة ، إلى حد يصعب معه الاحتفاظ بهم (-) بسبب الافتقار إلى سياسة
رسمية كان هناك ارتفاع محدود جدا بوسائط الإعلام الجماعي . (الراديو يأتي
بأحسن النتائج ولكنه استخدم قليلا) ، (٣) البرنامج اعتمد اعتمادا كليا تقريبا على
لولب لبيس ، والحبوب تعطى فقط للنساء اللاتي توفقن عن استعمال الحلقة .
وسيلتا « الواقى الذكرى » (الكبوت) « والتمقيم » غير مدرجتين بالبرنامج .
إن خطورة هذه المشكلات تدعو إلى برنامج عاجل تمباله كل الجهود الحارقة .
ومع ذلك فهناك من يقولون إن تصور « الأسرة الصغيرة » لابد من أن يتحقق
على مر الأجيال . بقى علينا أن نرى ما إذا كان أسلوب « التبعة الحارقة » في
تناول هذه المشكلات سوف يعود بالفصل في المدى البعيد .

وأهم التطورات التي حدثت أخيرا في سبيل وضع سياسة قومية وقعت في
سنة ١٩٦٦ عندما عين وزير الداخلية هيئة من الخبراء لبحث المشكلات ووضع
مشروعات لسياسة سكانية جديدة .

وقد وضعت الهيئة مشروعات ثلاث خطط : و خطوط مرشدة لسياسة
سكانية لجمهورية الصين ، و د تخطيط السكان في تايوان ، و د إجراءات تنفيذ
برنامج تنظيم الأسرة في تايوان . وهذه المشروعات الثلاثة قدمت إلى مجلس
الوزراء لدراستها ، والمتوقع أن تصدر بها موافقة في المستقبل القريب .

وفي انتظار استجابة حاسمة من مجلس الوزراء أدرجت حكومة تايوان ،
الإقليمية تنظيم الأسرة كبند رئيسي في برنامجها الصحي الشامل ، وذلك في نطاق
المخطط الإداري للإقليم لعام ١٩٦٨

وبكل هذه التغيرات الطيبة المبشرة ، سرعان ما سيكرن البرنامج كيان رسمي
في الحكومة كما سوف يتمتع بالمزيد من حرية العمل . وكلنا أمل في أن تايوان ،
سوف تكون الأولى في إرشاد العالم إلى أن معدل المواليد يمكن أن ينخفض بسرعة
عن طريق الجهود المنظمة في مدى فترة وجيزة من الزمن .

مالايزيا : حملة جسورة

محمد خير جوهري

لكي تقدر برنامج تنظيم الأسرة في «مالايزيا» حق قدره ، ونعنه في إطاره الصحيح ، علينا أن نعرض بإيجاز لخلفية البلاد الجغرافية وثقافتها الاجتماعية ..

إن مالايزيا برزت في عالم الوجود في السادس عشر من سبتمبر عام ١٩٦٣ ، عندما اندمج «اتحاد الملايو» و«سنغافورة» و«بورنيو» في دولة ذات سيادة تدعى بولانها لداياج دي - برتوان أجونج ، (عاهل دستوري) . على أن «سنغافورة» انفصلت عن «الاتحاد» في أغسطس سنة ١٩٦٥ .

والمساحة الإجمالية لمالايزيا هي تقريباً ١٢٨٥٥٣ ميلاً مربعاً منها ٥٠٩١٥ ميلاً مربعاً تشكل «غرب مالايزيا» و ٧٧٦٢٨ ميلاً مربعاً تشكل «شرق مالايزيا» . وجملة السكان ١٠ ملايين نسمة تقريباً - ٨٠٦ ملايين في «غرب مالايزيا» و ١٤٠ مليون في «شرق مالايزيا» ، بكثافة سكانية تبلغ ١٥٨ شخصاً ، و ١٧ شخصاً لكل ميل مربع على التوالي .

وقد تم في الوقت الحاضر استصلاح حوالي ثلثي أراضي «غرب مالايزيا» للزراعة والباقي لا تزال تكسوه الغابات الاستوائية ، أو المستنقعات ، بأشجارها الكثيفة التي تنبت من أغصانها جذور جديدة . وبعض مناطق الغابات يتم تطويره الآن وفقاً لمشروعات تطوير متعددة ، في حين أن الأخرى مناطق للتطوير المحتمل .

والعشرة الملايين لسمّة الذين يؤلفون سكان «مالايزيا» ينتمون إلى أجناس مختلفة ، أهمها «الملاي» و «الصينية» و «الهندية» ، والآهالي للقطريين بشرق مالايزيا ، ولكل منهم خلفية من مراحل التقدم الحضارى .

وجماة «الملاي» يدينون بالإسلام عقيدة لهم ، وهو الدين الرسمى للدولة ، فى حين أن الآخرين (الذين كفل لهم الدستور حرية العبادة) يمتنقون ديانات مختلفة مثل المسيحية والبوذية والهندوسية .

ومنذ بداية القرن حدث فى مالايزيا خفض مستمر فى معدل الوفيات وقد بقى معدل مواليدها مرتفعاً . . مما أدى إلى معدل من النمو السكاني يقدر حالياً بحوالى ٢ فى المائة لكل سنة . (وهو رقم يعد من أعلى الأرقام فى العالم) . وباستثناء أعوام الحرب فإن المعدل السنوى للزيادة لم يكن أقل من ٢ فى المائة فى أى عقد زمنى منذ سنة ١٩١١ عندما أجرى أول تعداد قومى للسكان .

ومنذ الحرب العالمية الثانية (١٩٤١ - ١٩٤٥) استقر المعدل على مايزيد قليلاً على ٣ فى المائة . وقد بين تعداد سنة ١٩٥٧ أن سكان «غرب مالايزيا» كانوا ٦٢٨ ملايين . . فإذا ظلت زيادة طبيعية قدرها ٣ فى المائة مستمرة ، فبحلول عام ١٩٨٠ سيكون العدد ١٢٢٥٦ مليوناً (أى ضعف رقم سنة ١٩٥٧) وحوالى ٢٥ مليوناً بنهاية القرن العشرين .

وبجدير بالذكر أن سكان «مالايزيا» ينمون أساساً بطريق الزيادة الطبيعية ، أى ارتفاع معدل المواليد ارتفاعاً مفرطاً عن معدل الوفيات ، يتمثل هذا بشكل يميز فى البهوت السريع فى معدل الوفيات أكثر منه فى ارتفاع معدل المواليد . وهذه الإحصاءات ذات دلالة هامة .

فى سنة ١٩٥٧ كان المعدل الفج للوفيات ١٢ و ٤ لكل ألف ، وفى سنة ١٩٥٨ كان ١١ ، وفى سنة ١٩٥٩ كان ٩ و ٧ ، وفى سنة ١٩٦١ كان ٩ و ٢ ، وفى سنة ١٩٦٦ كان ٧ و ٢ . وفى خلال الفترة نفسها (١٩٥٧ - ١٩٦٦) -

هبط المعدل النج للوليد في ماليزيا من ٤٦٢ في سنة ١٩٥٧ إلى ٣٧٣ في سنة ١٩٦٦ — وهو نقص حوالى نقطة واحدة فقط في السنة .

ولم تعد الهجرة عاملا ذا شأن يؤثر في النمو الطبيعي بالرغم من أنها كانت حوالى سنة ١٩٠٠ العامل الرئيسى القمالم في الزيادة السكانية .

وقد نال « حرب ماليزيا » استقلاله في أغسطس ١٩٥٧ ، وشهدت الأعوام التالية بداية أوجه النشاط المنسقة لتنظيم الأسرة — منسقة بمعنى أنه بحلول عام ١٩٦٢ ، كانت جميع الولايات الإحدى عشرة في « الاتحاد » قد شكلت جمعيات تنظيم الأسرة الخاصة بها التي تدار على أساس اختياري أو تطوعى ، شأنها في ذلك شأن المنظمات الاجتماعية الأخرى مثل : « الصليب الأحمر » و « جمعية إسعاف القديس يوحنا » . ومثلا يحدث في بلاد كثيرة من العالم ، فإن هذه المنظمات الاختيارية هي الطلائع لأوجه نشاط الأسرة في « ماليزيا » . فقد قدمت خدمات لا تقدر بمال لأفراد كثيرين ، بل الحق أن أوجه نشاطها ، وإن كانت محدودة ، قد خلقت الطقس المناسب جداً لمساهمة الحكومة في هذا الميدان الهام من ميادين التطور الاجتماعى . وقد أدمجت الجمعيات نفسها في هيئة قومية مروفة باسم « اتحاد جمعيات تنظيم الأسرة » ، وهو عضو في « الاتحاد الدولى لتنظيم الأسرة » . وقد فازت بالاعتراف الرسمى من جانب الحكومة ، التي كانت تحول الاتحاد منذ سنة ١٩٦٢ بإعانة سنوية قدرها ٢٠٠.٠٠٠ دولار « ماليزى » (بعملة الولايات المتحدة حوالى ٦٦.٠٠٠ دولار) . وبسبب مواردها المحدودة في المال والأيدي العاملة فإن خدماتها كانت مقصورة في معظمها على مناطق الغوام والمسدن .

وكالمشأن في الكثير من البلاد النامية الأخرى ، فإن ماليزيا قد باشرت عدداً من خطط التنمية . فشرع السنوات الخمس الأول بدأ في سنة

١٩٥٦ ، وخطة التنمية الثالثة الشجيرة باسم « الخطة المالايزية الأولى ، بحرى تنفيذها حاليا (١٩٦٦ - ١٩٧٠) ولكل من الخطط الثلاث أغراضها الخاصة بها وحدها ، ولكن الهدف المشترك كان تهيئة الوسائل لتحقيق مستوى كريم للمعيشة مع تيسيرات أفضل وأنسب فى الميادين الاجتماعية والاقتصادية . وإن ما سقته هذه الخطط من إنجازات ، يمكن أن يظهر بجلاء فى مستوى المعيشة الحالى المرتفع نسبيا الذى يتمتع به المالايزيون والمعدل المرتفع بدرجة معقولة لنصيب الفرد من الدخل القومى ، المقدّر فى سنة ١٩٦٥ بـ ٩٥٠ دولارا مالايزيا (أو حوالى ٣٢٠ دولاراً بعملة الولايات المتحدة)

وقد روعى فى تصميم « الخطة المالايزية الأولى ، الحالية أن نشن حملة جسورة متفتحة الذهن على مشكلات مالايزيا . ومن أخطر أغراض الخطة دلالة « أن يوضع حجر الأساس للحد من سرعة النمو السكافى بتطبيق برنامج عمل فعال لتنظيم الأسرة . وفى ضوء هذه الخلفية من الإنجازات الاجتماعية والاقتصادية التى استوعبتها خطط التنمية المتعددة ، ويادراك تام للآثار المعقدة المختلفة من المعدل المرتفع حالياً لنمو السكافى ، وما طبعته من بصمات على هذه الإنجازات وعلى مستوى المعيشة — قررت الحكومة فى أواخر عام ١٩٦٤ أن تقبى تنظيم الأسرة كنهج قومى . وأسفر القرار عن إنشاء (فى يونيو ١٩٦٦) وكالة حكومية لتنظيم الأسرة تعرف باسم « المجلس القومى لتنظيم الأسرة » ، وعندئذ أعد مرسوم برلمانى كان معروفاً باسم « مرسوم تنظيم الأسرة رقم ٤٢ لسنة ١٩٦٦ » ، ليتخذ قوة القانون لإضفاء الوضع الشرعى المستقل على هذه الهيئة ، ونص فيه على شروط تتضمن مبادئ هادفة تكفل التنفيذ الفعال للنهائج العملية التى تنتهجها الحكومة فى هذا الشأن .

وفى سنة ١٩٦٤ ، كان من حظ كاتب هذه السطور أن تولى رئاسة لجنة وزارية عهد إليها مهمة رسم الخطوات اللازمة التى يجب أن تتخذ لتحقيق

الأهداف الحكومية ، وفي سنة ١٩٦٦ ، وكنتيمة لتوصيات هذه اللجنة ،
تأسس المجلس القومى لتنظيم الأسرة . وعينت الحكومة كاتب هذه
السطور رئيسا له . وكى تبرز الحكومة أهمية « المجلس » أصدرت قراراً
بتبعية لرياسة الوزارة مباشرة .

وفي سبيل إنجاز المهمة بنجاح برنامج تنظيم الأسرة فى البلاد ، حدد
« المجلس » الأهداف الرئيسية السبعة التالية : (١) وضع المناهج والوسائل
الكفيلة بنهوض وانتشار التوعية والممارسة لتنظيم الأسرة على أسس من الرقابة
الصحية للأمهات والأطفال والرقابة للأسرة . (٢) تحديد البرامج ،
والتوجيه ، والإدارة ، والتنسيق لأوجه نشاط تنظيم الأسرة فى البلاد .
(٣) تحمل مسؤولية تدريب كل الأشخاص الذين تشملهم الاحمال المنفردة
من تنظيم الأسرة . (٤) مسؤولية القيام بالبحوث الخاصة بالوسائل الطبية
والحيوية « البيولوجية » المتصلة بتنظيم الأسرة . (٥) النهوض بالدراسات
والبحوث بشأن للعلاقات المتبادلة بين التغيرات الاجتماعية ، والثقافية ،
والاقتصادية ، والسكانية ، وأيضا البحوث المتصلة بنماذج من الإحصاء
(نسبة المواليد) والامومة فى البلاد . (٦) إنشاء نظام للتقويم يكون من شأنه
إمكان تحديد مقدار فعالية البرنامج والتقدم الذى أحرزه نحو بلوغ الأهداف
القومية . (٧) الانتفاع بمخدمات كل من يتطلبهم العمل من موظفين
ومستخدمين للقيام بالمهام والواجبات المكفولة للجلس بشروط أقرها
رئيس الوزراء .

والمعتقد أنه وفقاً لتطبيقات الإدارية فى هذه البلاد فإن هيئة شرعية من
هذا الطراز ستكون أشد الوكالات ملاءمة لتوجيه وإدارة البرنامج فى ميدان
السكان وتنظيم الأسرة . والعمل الرئيسى الموكول إلى « مجلس تنظيم
الأسرة » هو لإقرار تنسيق متبادل مع الوزارات والمصالح من شأنه أن

بشارك الجهاز الحكومي بأمره في البرنامج ، ولهذا الغرض أنشئت فروع للمجلس في وزارات مهمة مثل الصحة ، والإعلام ، والتعليم ، والتنمية القومية والإقليمية ، والزراعة ، والعمل ، والخدمات الاجتماعية . . . يضاف إلى ذلك ، أنه أدرجت أسماء شخصيات ذات نفوذ من مختلف ميادين القطاع العام كأعضاء . وفي سبيل دفع البرنامج إلى أعلى قدرة ممكنة من العمل ؛ أنشأ المجلس هداً من الأقسام يختص كل منها بمهام ومسؤوليات محددة . وهذه الأقسام تشمل الإدارة والمالية ، وخدمات تنظيم الأسرة ، والتموين ، والتدريب ؛ والبحث والتطوير ، والتوعية ، والإعلام .

وفي الوقت الذي يسود فيه الشعور بين قادة ماليزيا بأن ثمة حاجة عاجلة لإنعاش المعدل الحالي للنمو السكاني ، لم يصدر تحديد رسمي للمعدل الأمثل لهذا النمو . هل أن التقدير المتصور في الخطة المالايزية الأولى هو أن معدل الم ٣ في المائة الحالي للزيادة يجب أن يخفض إلى ٢ في المائة في فترة زمنية تقرب من عشرين عاماً . كيف يمكن لهذا أن يتحقق ؟ سوف يركز البرنامج مبدئياً على النساء اللائي أنجبن أطفالاً لتهن . وبرنامج سنة ١٩٦٧ يأمل أن يغطي حوالي ٥٠٠٠٠ امرأة أي ما يعادل ٣ في المائة من الم ١٢ مليون من الساكنات في مرحلة حل الأطفال . وسوف تزداد تدريجياً النسبة المئوية المستهدفة تبعاً لزيادة توسع البرنامج . والأمل معقود على أنه في الأهرام الثلاثة المقبلة سوف يتم الاتصال بـ ٣٠ في المائة من حاملات الأطفال من السكان .

إن عملية تخطيط المنهج العملي القومي تستوجب وضع عدد من العوامل في الاعتبار . من بينها ما يلي :

- (١) تنظيم الأسرة تصور جديد في الحياة المالايزية . .
- (٢) يجب مراعاة الخلفيات الاجتماعية الثقافية (المراحل الحضارية) والدينية للمجتمعات البشرية المتعددة الجنسيات .

(٣) هناك عدد من الأطباء والعاملين بالمحيط الطبي وهم يعملون أساساً بالخدمات الطبية الحكومية . والمقدر أن يكون العدد الحالي للأطباء بالنسبة للسكان يعادل ١ إلى ٦٥٠٠ .

(٤) المنظمات الأهلية المتطوعة ، نظراً لوجودها بالميدان أكثر من اثنى عشر عاماً ، أحرزت بعض التقدم وخاصة في المناطق الريفية .

(٥) التجارب السابقة تشير إلى أن الحبوب هي الطريقة المفضلة . وبين يناير ويونيو ١٩٦٧ ، بلغ متوسط ما وزع شهرياً ٢٠٠.٠٠٠ شريط من الحبوب التي تؤخذ بطريقة القم بواسطة شركات الأدوية بالبلاد . ويؤخذ من كل التقارير الواردة أن الحبوب فيا يبدو غير ضارة . ، وأيضاً لأن الأمر لا يستلزم إجراء فحص مهبل ، فإن في وسع العاملين بالمحيط الطبي أن يوزعوا الحبوب .

وكما أسلفنا للقول فإن ضمان النجاح لبرنامج قومي في طبيعته وجدد على البلاد ، يقتضي التزام الحكمة بتخطيطه على ضوء الخلفيات القائمة ومكاسب التجارب الماضية . والوسيلة العملية المثلى هي أن ينفذ البرنامج على مراحل ، لا تبدأ بالمناطق التي تتفاقم فيها المشكلة ، ولكن بالمناطق التي تنبأ فيها أكبر أسباب النجاح . مع أقل جهد ممكن . وبناء على ذلك استقر العزم على أن يتم تنفيذ البرنامج القومي على المراحل الأربع التالية في خلال فترة زمنية قدرها ثلاثة أعوام .

المرحلة الأولى : من البرنامج بدأت في مايو سنة ١٩٦٧ في مدن العواصم . حيث تتوافر بسهولة خدمات الأمومة بالكفاية المطلوبة - وهي مناطق يسودها الاهتمام بتنظيم الأسرة ، وحيث يوجد حوالي ٥٠ في المائة

من النساء المتزوجات بين الخامسة عشرة والخامسة والأربعين من العمر اللائي لم يمتحن ، يؤمن جميعا بتنظيم الأسرة .

المرحلة الثانية : بدأت في ديسمبر ١٩٦٧ تغطي حوالى خمسين مدينة أصغر حجما بها مستشفيات محلية . . وهناك خاصة في نطاق الحدود المدينية — لنق تنظيم الأسرة نجاحا ملحوظا .

المرحلة الثالثة : بدأت في مايو ١٩٦٨ ، وكانت بذوة العملية في مراكز الصحة الرئيسية والفرعية ، أى في مناطق الأقاليم .

المرحلة الرابعة : وهى المرحلة النهائية — بدأت حوالى منتصف عام ١٩٦٩ ، متكررة في مناطق لم تشملها المراحل السابقة . . وعلى هذا سوف تشهد نهاية ١٩٦٩ توفر خدمات تنظيم الأسرة للسكان جميعا .

والمنهج القومى لا يختص أية وسيلة بالذات من وسائل منع الحمل بأن تستخدم دون غيرها . فالشعور السائد أن تنظيم الأسرة في ذاته اختيارى فيجب أيضا أن يتم طوعاً اختيار الوسائل المناسبة لكل حالة . على أن الواضع مع ذلك أن الحبوب هى أوسع الوسائل انتشاراً ، ومن ثم سوف يواصل « مجلس تنظيم الأسرة » تشجيع استخدامها ؛ وذلك بتيسير الحصول عليها وخفض سعرها . ووفقاً لبرنامج تمويل المجلس يساع نوعان من الأقراص بدولار مالايزى واحد (٣٣ سنتاً بعملة الولايات المتحدة) لكن : ذوة ، فى حين كان السعر سابقاً ٤٠ر من الدولار المالايزى لكل دورة ، وتفيد التقارير الواردة من المستوصفات أن حوالى ٩٠ فى المائة من المتقدمات الجدد للعلاج يتقبلن الحبوب .

وإن تنظيم الأسرة مفهوم جديد نسبياً في ملايزيا . ويمكن القول بأن عدداً قليلاً جداً من العاملين بالهيئات الرسمية الطبية والصحية قد ساهموا مباشرة في عمل تنظيم الأسرة . . وخبرات الأطباء المحترفين اقتصرت أساساً على « وصف ، الحبوب . . ولم تباشر جمعيات تنظيم الأسرة على الإطلاق أعمال التوعية والتثقيف لتنظيم الأسرة على نطاق قومي . لذلك ، فإن الهدف الذي يضعه «المجلس» نصب عينيه ، إلى جانب أهدافه الأخرى الكثيرة ، هو الإفادة من كل الكفايات الموجودة بوزارة الصحة والوزارات الأخرى الوثيقة الصلة بأعمال تنظيم الأسرة ، ولقطاع العام .

وأشد المهام إلحاحاً هي تدريب العاملين المطلوبين للعمل . وكى تقدر ضخامة هذه المهمة ننقل هنا العدد الذى سوف يستخدم فى البرنامج : أكثر من ٢٠٠٠ من العاملين مع وزارة الصحة ، وأكثر من ١٣٠٠ طبيب ، ومن ٣٠٠٠ إلى ٤٠٠٠ من قابات الأقاليم ، وحوالى ٣٠٠ ممرضة يتبعن «المجلس مباشرة» ، يضاف إلى هؤلاء جميعاً مئات من العاملين الاجتماعيين فى كل من المناطق المدنية والإقليمية . والمهمة العاجلة هي تدريب العاملين الذين قد ينتفع بهم فيما بعد لتدريب آخرين .

تتلو ذلك مهمة خلق الوعى ، والمعرفة ، والتقبل العام لمبدأ أن تنظيم الأسرة يجب أن يكون سبيل الحياة لكل ملايزى . إن هدف «مجلس تنظيم الأسرة» أن يستخدم كل الموارد القائمة لمصالح الحكومة ومؤسسات القطاع العام التجارية لمعاونته فى هذا المجال الهام . وبوجه عام ، فإن أسلوبين مختلفين سوف ينتفع بهما فى هذا الشأن : وسائل الإعلام الجماهيرى ، والاتصال وجهاً لوجه . وسوف يستخدم الراديو والتلفزيون والسينما والصحف والمجلات والنشرات ، ومالايزيا محظوظة جداً فى هذا المجال ؛ إذ لديها تنظيم حكيم لوسائل الإعلام يمكن للبرنامج بفضلها أن يبلغ مجداً أقصى مكان فى البلاد .

وقد أحرزت الحملات القومية المتعددة نجاحاً ساحقاً فى هذا الشأن . إذ

أظهرت التقارير المستقاة من عمليات المسح اهتماماً لغرب ماليزيا التي أجريت في سنة ١٩٦٦ أن غالبية نساء المدينة في متناولهن أنماط متعددة من وسائل الإعلام الجماهيري .. فنلابز ٧٣ و ٧٧ في المائة من النساء المختارات يستمعن إلى الراديو أكثر من مرة في كل أسبوع، وأكثر من ٧٥ في المائة يحضرن عروضاً سينمائية من وقت لآخر ... وهذا يزداد أهمية عندما نعلم أن من ٥١ إلى ٥٥ في المائة من النساء المختارات لم يسمعن أى شيء عن تنظيم الأسرة عن طريق وسائل الإعلام الجماهيري على مدى الأشهر الثلاثة التي سبقت هذا التقرير ، أى من أكتوبر إلى ديسمبر ١٩٦٦ . وقد أظهرت الدراسات التي أجريت في أمم أخرى أن إعادة إذاعة المعلومات من شخص لآخر في الجماعات البشرية المحلية هي إحدى الطرق الفعالة لنشر المعرفة عن تنظيم الأسرة والعمل على قبوله . وعلى ذلك فإن برنامج المجلس ، سوف يتضمن أيضاً التنبيه إلى قيمة هذه الوسيلة من وسائل الإعلام ..

وجدير بالاهتمام أيضاً أن يجرى تقييم أوجه نشاط البرنامج من وقت لآخر ، ليس فقط لتحديد ما أحرزه من نجاح في كل مرحلة ، وإنما أيضاً للإفادة من النتائج والبيانات في تخطيط وإعادة تخطيط البرامج المقبلة . ولتحقيق هذا الغرض شكل المجلس قسماً للبحوث والتقييم .

وجدير بالذكر أيضاً أنه قبل إنشاء المجلس القومي لتنظيم الأسرة ، في سنة ١٩٦٦ ، عهد مجلس الوزراء إلى مصلحة الإحصاء والتعداد بأن تجرى عملية مسح جنسية للأسرة تحصل بموجبها من الناس على بعض الحقائق الأساسية لنماذج من المعرفة والمواقف والسلوك إزاء تنظيم الأسرة ، يمكن أن تكون مرشداً في تخطيط البرنامج ، كي يقضى نيل التأييد القومي له . وكانت مصلحة الإحصاء بعملية مسح بمحاوطة جامعة متشيجان بالولايات المتحدة وفقاً لمحة من « مؤسسة فورد » . وكانت فرق العاملين في الميدان من أغسطس ١٩٦٦ إلى مارس ١٩٦٧ . وتم فعلاً إعداد التقارير التمهيدية الخاصة بمناطق

العواصم والمدن ، ويهرى الآن إعداد التقارير التهديدية عن المناطق الإقليمية ، وأيضاً التقرير الكامل عن عملية المسح برمتها ، التي ستسفر بالتأكيد عن حقائق يستفاد منها في تخطيط البرامج في المستقبل .

وإنه لما يتفق مع طبائع البشر أن يحاول التكهن ، حتى في هذه المرحلة الاستدلالية ، بما يعطيه المستقبل من توقعات واحتمالات لأوجه نشاط تنظيم الأسرة في ماليزيا ، وبعض التطورات الماضية والحاضرة الملخصة فيما يلي قد تفيد كؤشرات :

١ — بالرغم من أن تنظيم الأسرة يعد من أحدث المفاهيم في المجتمع المالايي فإنه لقي فعلاً درجة ملحوظة من القبول .

٢ — التنازل الواقعي الواسع الأفق للحكومة يبشر بالخير . وقد أحل رئيس الوزراء وزملائه في المجلس بتصرّيات قوية في صالح تنظيم الأسرة . وخير طريقة مقبولة لتناول الموضوع هي اعتبار تنظيم الأسرة كرسيد صحي ، بمعنى أن ممارسته يمكن أن تسهم في تحسين صحة الأمهات والأطفال وتحقيق رفاهية الأسرة .

٣ — لم يكن هناك اعتراض ديني على تنظيم الأسرة .

٤ — لا يبدو أن أحداً يعارض إسهام الحكومة أو تأييدها للعمل الاختياري لجمعيات تنظيم الأسرة . وعندما عرض مشروع قانون تنظيم الأسرة على مجلس البرلمان في سنة ١٩٦٦ ، أقر بالإجماع .

٥ — اللجنة الطبية ليست معترضة على تحديد النسل وقدّمت تأكيدات التأييد ومساهمة فعالة في البرنامج .

٦ — التيسيرات الصحية الجيدة متوافرة في كل أنحاء البلاد بشبكة من أكثر من ٦٠ مستشفى و ٤٠ مركز صحة رئيسياً (كل منها ينطوي مساحة

يسكنها ٥٠.٠٠٠ شخص) و١٥٠ مركز صحة فرها (كل منها يغطي مساحة يسكنها ١٠.٠٠٠ شخص) .

٧ - التأيد الذي تقدمه وزارات الحكومة ، وخاصة وزارة الصحة ، مفعج . والعاملون بالمجلس وبالجميات موضع ترحيب في المستشفيات والمستوصفات . وقد بدأت المحادثات بشأن إدماج خدمات تنظيم الأسرة في أوجه النشاط الصحي العام .

٨ - جذب البرنامج حتى هذه المرحلة اهتماما كبيرا من جانب حكومات وبلاد كثيرة ، ومن جانب منظمات قومية ودولية متصلة بعمل تنظيم الأسرة . وهي تشمل الآتي بيانه على سبيل المثال لا الحصر : الحكومة السويدية من طريق الوكالة السويدية الدولية للتنمية ، مؤسسة فورد ، والمجلس السكاني بنيويورك .

وبينما لم يؤن الأوان بعد كي تجسد ما أحرزته مالايزيا من نجاح متواضع بلفة الأرقام ، فإن المستقبل يبدو باعثا على التفاؤل . وفي ضوء اتجاه التطورات الماضية (بعضها نوقش فيما سبق بيانه) ، وأيضا من خلال الجهود الجماعية التي بذلها كل العاملين بشعور من التفاني والفهم - سوف تحقق مالايزيا أهدافها بجمل تنظيم الأسرة طريقا للحياة ، وسيللا لخلق بلاد أكثر سعادة ورخاء للأجيال الحاضرة والمستقبل . .

سنغافورة : مواجهة المحنة

د. سكاتاجا رانتنام

معلومات خلفية

إن جمهورية سنغافورة ، الواقعة على الطرف الجنوبي من شبه جزيرة الملايو ، تتألف من جزيرة مساحتها ٧٠٤ ميلا مربعا ، وسكانها يقربون من مليوني نسمة . والاجناس الرئيسية من الأهل هم الصينيون (٧٥ في المائة) ، والملاييون (يشملون الإندونيسيين ، ١٤ في المائة) ، والهنود (٨ في المائة) . عل أن سنغافورة ذات طابع عالمي ، وهي موطن لناس ينتمون لاجناس كثيرة . وسنغافورة بدمتعدة الاجناس ، تتلاقى فيه أربع ثقافات عظيمة — الصينية ، والملايية ، والهندية ، والفريية . وله أربع لغات رسمية والأشخاص الذين هم دون الحادية والعشرين من العمر يؤلفون أكثر من ٥٠ في المائة من السكان . وفي سنة ١٩٦٧ كان نصيب الفرد من الدخل القومي ٥٥٠ دولارا (دولارات الولايات المتحدة) . وعدد الذين في العاشرة من العمر أو أكبر ، وتلقوا قدرا من التعليم الرسمي يقدرون بحوالي ٧٥ في المائة من جملة السكان (عملية مسح منزلي لسنغافورة في ١٩٦٦) والتعليم ، وإن لم يكن إجباريا ، إلا أنه عام وشامل .

تاريخ تنظيم الأسرة في سنغافورة :

بدأ تنظيم الأسرة في سنة ١٩٤٩ بجمهورية سنغافورة لتنظيم الأسرة ، على أساس اختياري . وهذا الجهد الاختياري استمر حتى نهاية عام ١٩٦٥ ، عندما

تولت حكومة سنغافورة المسؤولية الكاملة لتنظيم الأسرة ، وألشأت « مجلس سنغافورة لتنظيم الأسرة والسكان » ليكون الوكالة القومية لتوجيه وتنسيق كل أوجه نشاط تنظيم الأسرة في الجمهورية . وارتفع عدد المتقبلين الجدد لتنظيم الأسرة من ٦٠٠ في عام ١٩٤٩ إلى ٩٨٥٦ في عام ١٩٦٥ . وهذا زاد إلى ١٦٠٠٠ (باستبعاد الحالات المحولة) في ١٩٦٦ ، وبلغ ٣١٠٠٠ في ١٩٦٧ .

وفي عام ١٩٥٩ ، أقرت الحكومة تنظيم الأسرة كمنهج رسمي ، ولتدعيم هذا الاتجاه ، نظمت الحكومة في سنة ١٩٦٠ حملة ناجحة جداً لتنظيم الأسرة استغرقت ثلاثة أشهر كجزء من برنامجها الجماعي للتوعية الصحية . وعلى أثر حملة التوعية هذه ارتفع المتقبلون الجدد لتنظيم الأسرة من ٩٣٨ في ١٩٥٩ إلى ٧٤٧٢ في ١٩٦٠ و ٨٠٧٠ في ١٩٦١ . ومع ذلك لم يستمر معدل هذه الزيادة على مر الأعوام التالية (بحلول ١٩٦٥ كانت فقط ٩٨٤٥) ، كما لم تكن متسعة في طبيعتها ونطاقها لتلبي حاجة البلاد .

وفي نوفمبر سنة ١٩٦٤ ، ثم في يناير ١٩٦٥ ، طلب « مجلس سنغافورة لتنظيم الأسرة والسكان » إلى وزارة صحة سنغافورة أن تتولى جميع أوجه نشاط تنظيم الأسرة التي تقوم بها « جمعية سنغافورة لتنظيم الأسرة » وتضمها إلى المؤسسات الحكومية . وكانت أوجه النشاط هذه تؤلف في ذلك الوقت ٩٠ في المائة من جهود الجمعية . وبناء على ذلك أصدر وزير الصحة قراراً في مارس ١٩٦٥ بتعيين لجنة خاصة لتستعرض وتقرر بالضبط أياً من اختصاصات ومهام تنظيم الأسرة الحالية يجب أن يحول إلى الحكومة . وقامت اللجنة الخاصة - برئاسة المستقل وأعضائها الممثلين لإدارات الحكومة المختصة ، وجمعية سنغافورة لتنظيم الأسرة - بتقديم هذا التقرير الإجمالي إلى وزير الصحة في يونيو ١٩٦٥ . وأوصت اللجنة بأن الحكومة يجب أن تتكفل بالمستويات الكاملة لجميع أوجه نشاط تنظيم الأسرة في الجمهورية

مشروع السنوات الخمس الحكومي :

أقرت حكومة سنغافورة توصيات اللجنة الخاصة . وفي سبتمبر ١٩٦٥ ، أصدرت الحكومة « كتاباً أبيض » في « تنظيم الأسرة » أعلنت فيه « مشروع السنوات الخمس » (١٩٦٦ — ١٩٧٠) يستهدف تقديم خدمات تنظيم أسرة شاملة لـ ١٨٠.٠٠٠ امرأة مختارة . وكان هدفه خفض معدل المواليد ، الذي كان ٣.٢ لكل ألف في ١٩٦٤ ، إلى أقل من ٢.٠ لكل ألف بحلول ١٩٧٠ .

وتنص « الكتاب الأبيض » على تفصيلات والبرامج القومية السنوات الخمس لتنظيم الأسرة ، ولخص منهج التنفيذ . وكان الهدف القوي بتقبل ١٨٠.٠٠٠ امرأة لبرنامج الأسرة في خلال فترة المشروع (١٩٦٦ إلى ١٩٧٠) قائماً على أساس اقتراضات معينة لنسبة المواليد ، والوفيات ، ونماذج زواج . فعلى أساس تعداد السكان لسنة ١٩٦٧ ، أمكن الاقتراض بأنه في سنة ١٩٧٠ سيتم زواج حوالي ٣٠٠.٠٠٠ امرأة من حوالي ٤٥٠.٠٠٠ امرأة في سن الإخصاب ، تراوح أعمارهن بين الخامسة عشرة والرابعة والأربعين . ومن هذا العدد اقترض ، أن ٢٠ في المائة (أو ٦٠.٠٠٠) سوف يمارسن تنظيم الأسرة و ٢٠ في المائة أخرى (أو ٦٠.٠٠٠) سوف لا يحتجن للخدمة . وعلى ذلك ، ففي سنة ١٩٧٠ سيكون هناك ٨٠.٠٠٠ امرأة متزوجة مختارة تقتضى الضرورة إمدادهن بالخدمة خلال فترة المشروع . وأهداف المشروع السنوية ٢. في المائة بالمتقبلين الجدد لتنظيم الأسرة هي كما يلي :

جدول ٦ - ١

الجملة	١٩٧٠	١٩٦٩	١٩٦٨	١٩٦٧	١٩٦٦
	١٨٠.٠٠٠ — ٤٥٠.٠٠٠	٤٥٠.٠٠٠	٣٥٠.٠٠٠ — ٢٥٠.٠٠٠	٣٠٠.٠٠٠	٢٥٠.٠٠٠

إنشاء « مجلس سنفافورة لتنظيم الأسرة والسكان »

إن قانون « مجلس سنفافورة لتنظيم الأسرة والسكان » (رقم ٣٢ لسنة ١٩٦٥) أقر من البرلمان في ديسمبر ١٩٦٥ لإنشاء وكالة قومية لتنظيم الأسرة . وكانت عضوية المجلس تقوم على أساس التمثيل النيابي على أوسع نطاق ممكن ليكون على مستوى مسؤولياته الضخمة . ومثل المجلس ثلاث مناطق عمل هامة : وزارات الحكومة ، الجامعة ، مواطنون متقوقعون في الخدمة العامة . وشمل ممثلو وزارات الحكومة أشخاصاً من دوائر الصحة والإحصاء والشئون الاجتماعية . والأطباء في المجلس شملوا متخصصين في الولادة وأمراض النساء ، والصحة العامة ، والرعاية الصحية للأمهات والأطفال . والأشخاص من الدوائر الأخرى الذين ضموا إلى المجلس يتميز أعضاء غير رسميين كانوا صيدلياً ، وممرضة ، وخبير توعية . وعين بالمجلس أيضاً بالإضافة إلى هؤلاء شخصان رشحتها جمعية سنفافورة لتنظيم الأسرة « و » الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة » .

ورضع مشروع السنوات الخمس ، من أهدافه الانتفاع بشبكة سنفافورة الواسعة النطاق للخدمات الصحية الحكومية ومابلنته من تطور فائق ، وبوجه خاص ، براكزها السنوية والستين للرعاية الصحية للأمهات والأطفال ، ومستشفى « كانداج كيربو للولادة » - وهذه جميعاً قدر لها أن تكون المراكز الرئيسية للبرنامج . وفي سنة ١٩٦٤ تمت ٤٤٩٦٣ حالة ولادة من ٢١٧ ر ٥٨ حالة بواسطة هذه المؤسسات الحكومية . وقرابة ٧٠ في المائة من جملة المواليد في ذلك العام تمت في مستشفى الولادة . وعلى ذلك فإن المشروع ركز الاهتمام على العمل بين الآن ينتظرون مولوداً ، وحديثات الولادة من الأمهات المنتفعات بالخدمات الصحية الحكومية .

وعندما وضع مشروع السنوات الخمس في سنة ١٩٦٥ ، أجرى استعراض

لوسائل تنظيم الأسرة المستخدمة ، وساد الشعور بأن إتاحة جميع وسائل تنظيم الأسرة وعرضها بأسلوب جرى مقنع الأفق على طريقة قائمة الطعام ، أمر حيوي للنجاح . والوسائل التي عرضت بترتيب أفضليتها كانت :

١ - جهاز الحلقة المائنة للرحم وتولج في الرحم .

٢ - حبوب منع الحمل .

٣ - التقيم الجراحي بطريق الربط (لن لديهم ستة أو أكثر من الأطفال) .

٤ - الفشاء المهبلي باللاصق .

٥ - فرس المهبلي .

٦ - الواقي الذكري (الكبوت) .

٧ - طريقة فترة الامان ، بين دورات الطمث الشهرى .

ومع ذلك ، فإن كل التركيز في المشروع ، كما أطن في الكتاب الأبيض ، في عام ١٩٦٥ كان على عرض الوب الذى قدر بأنه الوسيلة المفضلة لدى ٨٠ فى المائة من السكان المستهدفين للبرنامج ،

ومنذ سنة ١٩٥٩ خصصت حكومة سنغافورة اعتماداً سنوياً قدره ١٠٠.٠٠٠ دولار سنغافورى (حوالى ٣٣.٠٠٠ عملة الولايات المتحدة) لتنظيم الأسرة تتولى إنفاذه جمعية سنغافورة لتنظيم الأسرة ، وزيد هذا إلى ٢٠٠.٠٠٠ د. س . لكل سنة ، أو مليون د. س لسنوات المشروع الخمس (١٩٦٦ إلى ١٩٧٠) تتولى إنفاذه الوكالة القومية و مجلس تنظيم الأسرة والسكان ، . وجرى المجلس على مبدأ الخدمات المعانة ، وهو يقضى بأن تكون الخدمة والرعاية الطبية مجاناً ، ولكن المقابل الطبيعى تقدم بقيمة مخفضة . فثلاً ، حددت قيمة د الوب ، بمشرة دولارات (خفضت إلى خمسة فى سنة ١٩٧٧) ، و٥٠ دولاراً لإعداد شهر من حبوب منع الحمل . يقارن هذا بـ ٥ دولاراً

لأي ١٠٠ دولار لولب وه دولارات إلى ٧٥٠ دولارات لجبوب منع الحمل بالنطاق الخاص في ذلك الوقت . (كل هذه التقديرات تقدم بالدولارات السنغافورية ، ١٠٠ من دولارات الولايات المتحدة = ٣.٠٦ دولارات سنغافورية) .

وقد استقر الوضع الرسمي لـ د مجلس تنظيم الأسرة والسكان ، عندما افتتحه وزير الصحة د يوج نيوك لين ، في ١٢ يناير ١٩٦٦ . وكانت المسئولية الأساسية للمجلس هي تنفيذ برنامج السنوات الخمس . وينص قانون المجلس على أن تكون المهام والواجبات الموكولة إليه هي ما يلي :

(١) أن يعمل بوسيلة الوكالة الوحيدة للتعرض بالمعلومات ونشر التوعية المتصلة بتنظيم الأسرة بسنغافورة . (٢) أن يبدأ وينفذ برامج تحديد السكان . (٣) أن يستثير الاهتمام بالإحصاءات السكانية والديموغرافية ، بسنغافورة . (٤) أن يوجه الحكومة الوجهة الصحيحة في كل الشؤون المتصلة بتنظيم الأسرة وتحديد السكان .

كما أن القانون يحول المجلس السلطة اللازمة لعمل كهيئة عليا تملك تنظيم أوجه نشاطها . وهو يعنى على المجلس كل السلطات العليا التي تكفل له حق تنفيذ وتوجيه كل أوجه نشاط تنظيم الأسرة في الجمهورية .

وفي خطابه الافتتاحي إلى المجلس في ١٢ يناير ١٩٦٦ ، قال وزير الصحة :

د إن سنغافورة ، كما نعلم جميعاً ، جزيرة صغيرة مكتظة إلى أقصى حد بسكانها التريين من ٢ مليون نسمة يعيشون في مساحة تزيد قليلاً على ٢٠٠ ميل مربع ، أو بكثافة سكانية تبلغ نحو ٨٠٠٠ نسمة لكل ميل مربع . ولهذا فإن تنظيم الأسرة مسألة ذات أهمية قومية ، بل الواقع أنها مسألة ذات خطورة ملحة بالنسبة لنا جميعاً . إن خير ما يتاح لنا من فرص البقاء في سنغافورة ، وهي متمتعة باستقلالها ، هو في التركيز على الكيف وليس على الكم .

السنة الأولى - ١٩٦٦

استهل مجلس تنظيم الأسرة والسكان ، مهام أعماله في بداية سنة ١٩٦٦ وكانت المهمة الأولى هي ضمان انتقال الاختصاصات في مهده من جمعية سنغافورة لتنظيم الأسرة ، إلى البرنامج القوي ، وقد أُنجز هذا في بداية عام ١٩٦٦ .

ويمكن وصف السنة الأولى بأنها سنة التنظيم والتخطيط . وبالرغم من هذا ، ودون أن يكون للمجلس تنظيم أساسي أو هيئة عاملة ، فقد استطاع أن يحتفظ بمستوى مرض معقول من الخدمة . وهذا يرجع في معظمه إلى العمل المتفاني المخلص الذي قام به موظفو الحكومة الذين تكفلوا بالجانب الأكبر من العمل التنظيمي المبني ، والذين لا يزالون يقدمون مزيداً من العون والتعصيد للبرنامج . يتضح هذا في الارتفاع المنتظم للمتقبلين الجدد لتنظيم الأسرة (باستبعاد الحالات المحولة من جمعية سنغافورة لتنظيم الأسرة) من ٤١١ في يناير إلى ٢٠٢٤ في ديسمبر ١٩٦٦ ، وزاد الحضور من ١٠٤١ في يناير إلى ١١٩٦٧ في ديسمبر ، والهدف الشامل الموضوع للبرنامج القوي لتنظيم الأسرة لسنة ١٩٦٦ والمحدد بـ ٢٥٠٠٠ حالة تحقق قبل نهاية العام بشهرين ونصف شهر تقريباً . وفي نهاية ١٩٦٦ كان قرابة ١٠٤١٠ حالات (تشمل ١٤٠٦٤ حالة محولة) قد قبلت صاحباتها خدمات تنظيم الأسرة مع المجلس .

السنة الثانية - ١٩٦٧

السنة الثانية يمكن أن تعد سنة التوسع . والإنجازات خلال هذا العام تنعكس في ارتفاع المتقبلين الجدد من معدل شهري قدره ٢٠٠٠ في الربع الأول أي حوالي ٢٠٧٠٠ في الربع الأخير من السنة . وزاد الحضور من ١١١٢ في يناير إلى ٢١٢٥٢ في ديسمبر ١٩٦٧ . والهدف المحدد في البرنامج القوي

لتنظيم الأسرة لسنة ١٩٦٧ بـ ٣٠٠٠٠ حالة قد تحقق قبل نهاية السنة بأسبوعين .
وبانتهاى ١٩٦٧ كان العدد الاجمالى للنساء اللاتى يقبلن خدمات تنظيم الأسرة
مع المجلس قد بلغ ٦٩٣٤٥ امرأة (بينن ١٠ ر ٣٠٤١٠ من سنة ١٩٦٦) -
وهى لسبة تعادل ٣٤ فى المائة من الهدف الذى حدده المشروع برمته .

أعضاء ساطعة من البرنامج القومى

تطوير الخدمات الجيدة الكافية للمستوصفات

عندما ألتقى المجلس ، فى يناير ١٩٦٦ تركز الاهتمام الأكبر على تهيئة
خدمة كافية بالمستوصفات والعيادات الطبية . وكانت المهمة الأولى الاحتفاظ
بخدمة متواصلة للنساء اللاتى كن يمارسن فعلا تنظيم الأسرة . وفى سبيل ذلك ،
عقد المجلس فى يناير ١٩٦٦ دورات علاجية بلغت ٥٨ دورة كل أسبوع فى
٢٤ مركزاً صحياً ، وهى أقل بقليل من الـ ٦٢ دورة فى ٢٦ مركزاً عقدتها
جمعية منفاورة لتنظيم الأسرة ، فى سنة ١٩٦٥ . وزيادة عدد الحضور ،
زاد تبعاً لها عدد الدورات زيادة مطردة حتى بلغت ١٠٣ دورات أسبوعياً
فى ٣٣ مركزاً . وبحلول ديسمبر ١٩٦٧ كان هناك ١٤٢ دورة فى ٣٥ مركزاً .
ومذا التوسع السريع فى الخدمات أعطى الأولوية لضيان التوافر الدائم
لمستوى مرضى من خدمات المستوصفات والعيادات الطبية . ذلك أن النساء
اللاتى يحضرن إلى عيادات ومستوصفات تنظيم الأسرة يتمتعن بصحة طيبة . .
فإذا اندمجت الخدمة الجيدة ، ووسائل الراحة المرضية ، والحد الأدنى من
وقت الانتظار ، وأسباب التشويق الأخرى ، فقد لا يفتنن بالخدمة على
الإطلاق . والنمو السريع فى عدد دورات العيادات يشير أيضاً إلى أنه كان
هناك طلب سابق للخدمة لم يلق أذناً صاغية فى حينه .

ولقد كانت التقيم المثالية التى أضفاها المجلس على خدمات العيادات
والمستوصفات مدعاة لاجتذاب المزيد من مقبلى تنظيم الأسرة إلى عياداته
من كل قطاعات السكان . وعيادات المجلس ليست مقصورة على القطاع الأقل

امتيازاً من السكان كما يحدث غالباً في مراكز الخدمات العامة . ومجملتنا
الراضيات عن خدماتنا يتطوحن بالدعوة لنا بما ينشره من عبارات الثناء
عن القسييلات المتيسرة والأسعار المخفضة لمعدات تنظيم الأسرة . ولتفادي
وقوع أى لبس أو تحريف ، فإن معدات منع الحمل التى تباع بسيادات
ومستوصفات المجلس هى من نفس النوع والشكل والتغليف كئيلاتها الميمورة
فى القطاع الخاص حيث تباع بما لا يقل عن مئلين أو ثلاثة أمثال سعرها .

برنامج ما بعد الولادة

ذكرنا من قبل أن مشروع السنوات الخمس ، اعترف بالحاجة إلى توجيه
الاهتمام إلى النساء حديثات الولادة . لإنهن على درجة عالية من الاستجابة لتنظيم
الأسرة . ومن ثم فقد وضع المشروع فى حسابه أنه منذ سنة ١٩٦٥ فصاعداً
سوف يكون هناك تركيز فى التمسامل مع أمهاتنا المترقيات الوضع لتنظيم
الأسرة . وهذا التباطؤ لعام واحد كان ضرورياً ؛ لأنه فى أبريل سنة ١٩٦٥
وافقت الحكومة على بحث مدروس لحالات ما بعد الولادة يجرى فى مستشفى
د كاندانج كيربو للولادة ، كشروع بحث جامعى — حكوى مشترك بالتعاون
مع المجلس السكان . . وقد بدأت هذه الدراسة فى نوفمبر ١٩٦٥ ، وتم
إجراء ٨٧٧٣٨ عملية لإيلاج د الولب ، لنساء حديثات الولادة (٣٠٠٤٤)
إيلاجات مبكرة و ٦٩٤٠٥ إيلاجات متأخرة) على مدى فترة الاثنى عشر شهراً
المنتبة فى أكتوبر ١٩٦٦ . وقد أحيط هذا المشروع من بدايته بدعاية واسعة ،
فكان من السهل حث الأمهات فى المرحلة الأولى للمشروع على قبول الولب ،
إذ كانت هذه ، حينذاك ، د طريقة مبتكرة ، لمنع الحمل . واعتبر المعدل
الكللى لقبول شيئاً شجعاً فى ضوء التجربة السابقة ، وكان المعدل تقريباً ٣٠ فى المائة
من النساء اللاتى جرى الاتصال بهن فى الفترة من نوفمبر إلى ديسمبر ١٩٦٥ .
ومع ذلك ، فإن جاء مارس ١٩٦٦ (أى بعد ثلاثة أشهر من بدء
البرنامج القوى وخمسة أشهر من بدء مشروع البحث) — حتى كان العدد كاف

وأعيد تدريب جميع العاملين المستقلين بأعمال ما بعد الولادة لإعدادهم لأعباء التوعية الجديدة التي تستهدف من النساء الاستجابة للبرنامج . وكانت أعمال التوعية والحث قد امتدت حينئذ إلى جميع النساء حديثات الولادة بمؤسسات الحكومة... وبعد مضي أشهر قليلة، امتدت إلى جميع حالات ما بعد الإجهاض.. ثم امتدت تدريجياً لتشمل نزيلات مستشفيات الولادة الأخريات والامهات المترددات على مراكز الرعاية الصحية للأمومة والطفولة . وفي بداية الأمر ، كانت الحساسية المتخلفة لدى النساء من اللولب حائلاً دون استجابتهن ، مما جعل عدد المتقبلات غير مقتنع بنجاح الدعوة الجديدة . على أن مشاركة العاملين من أعيد تدريبهم على أعمال التوعية ببرنامج تنظيم الأسرة بوجه عام ، اكتسبت ثقة النساء بهذه الوسيلة الجديدة ، وسجلت الأرقام زيادة تدريجية متواصلة في معدل القبول . ويبحث على التفاضل ما سجلته التقارير من أن أكثر من ٩٠ في المائة من النساء اللاتي ضمن في مستشفى د كاندانج كيبو للولادة ، قد قبلن مواعيد للإفادة بخدمات منع الحمل عندما عرضت طعن بالمستشفى . ومن هذا العدد ٥٠٠ فعلاً بين ٥٠٠ و ٥٥٠ في المائة ممن لحذمت منع الحمل ، وهو رقم مرتفع جداً بالنسبة للعائدات من حديثات الولادة . وفي النصف الثاني عام ١٩٦٧ حقق برنامج سنغافورة معدلاً شهرياً قدره ٢٧٠٠ من المتقبلات الجدد . من هؤلاء بين ١٦٠٠ و ١٦٥٠ كانت حالات ما بعد الولادة . والجانب الأكبر من هذا العمل تم إنجازه في مستشفى واحد ، وكان المجهود المركز الذي بذله العاملون لبلوغ هذه النتيجة شيئاً جديراً بالتسجيل والثناء .

ولقد وضح في سنغافورة أن الحساسية وود الفعل لدى النساء إزاء اللولب كانا هما العامل الأكبر في دفع عجلة التحول عنه إلى وسيلة الحبوب ، وذلك بالرغم من الأمان الفنى والتكنيكى ، والكفاية المتوافرة في طريقة اللولب . والشعور السائد هو أن نجاح الحبوب كوسيلة من وسائل تنظيم الأسرة يرجع في جانب منه إلى ارتفاع معدل المتعلمين وإلى طبيعة المجتمع المجهوكة الأطراف ،

بالإضافة إلى وسائل اتصالات وإعلام جيدة وشبكة متسعة النطاق من
العيادات والمستوصفات .

برنامج ضخم للتوعية :

تم إنجاز برنامج ضخم للتوعية في عام ١٩٦٦ - ١٩٦٧ ، وكان ذلك
جانبا من البرنامج القومي لتنظيم الأسرة يستغافورة . وأولى مراحل معالجة
هذا الجانب الهام كانت توطيد دعائم الأركان الأساسية لقيام خدمة جيدة -
وهو الهدف الأساسي خلال الأشهر الستة الأولى من عام ١٩٦٦ . وفي منتصف
ذلك العام شكلت لجنة دعوة وتوعية صحية لتطوير برنامج التوعية المنشود .
وقد شمل هذا العمل كل جوانب التوعية والدعوة لتنظيم الأسرة ، كإيلي :
١ - التلفزيون : نشرات إعلانية (بين البرامج) يومية ، وأحاديث ،
و فقرات إخبارية .

٢ - الراديو : نشرات إعلانية يومية ، وأحاديث ، و فقرات إخبارية .

٣ - الدعوة الصحفية : فقرات إخبارية ، تحقيقات ، بيانات مسبقة
لأحداث البرنامج .

٤ - معرض مركزي لمدة عشرة أيام تتلوه معارض فرعية لمدة أربعة أيام في
كل المراكز الحضرية والإقليمية على مدى عام ١٩٦٧ ، وشمل هذا عرضا لأفلام
سينمائية شهدها ١٥٠ ألف شخص .

٥ - دليل الزواج : أحاديث وعروض أسبوعية بلغات مختلفة بالمعهد الصحي
وترسل خطابات إلى كل الأزواج والزوجات الذين يعلنون عقد قرانهم ، تدعو
لحضور هذه الأحاديث عن تنظيم الأسرة .

٦ - إعداد وإصدار مواد الدعوة على اختلاف أشكالها (الوحدات المصورة ،
والمنشورات) - ذات الطابع الخاص أو العام ، التي يتيسر الحصول عليها بلا
مقابل ، وصدرت كل المنشورات باللغات الأربع الرسمية .

٧ - منشورات ، أختام بريدية ، سلاسل مفاتيح ، ملصقات ، سبارات ،
لوحات إعلانية ، إلخ . .

وبحلول شهر سبتمبر سنة ١٩٦٦ كان برنامج التوعية قد دخل مرحلة التنفيذ، ومنذ ذلك الوقت ظل يحتفظ بشدة تركيزه . وفي البداية ، اقتصر الأمر على استخدام وسائل الإعلام الجماهيري ، وبخاصة الراديو ، والتلفزيون ، ونقل المعلومات من شخص لآخر . وبعد المرض الكبير في يناير ١٩٦٧ ، وزعت اللوحات المصورة والمنشورات على نطاق واسع وبلا مقابل . وبحلول مايو ١٩٦٧ كان قد بدى في تنفيذ برنامج للمعارض ولعروض سينمائية في دوائر المجتمع المحلية . ونجح هذا البرنامج المحلى نجاحاً باهراً .

واستقر الرأي من البداية على اتخاذ موقف متحرر ، فكانت المعارض صريحة متحررة وشملت التشريح ، والفسيولوجيا (علم وظائف الأعضاء) ، ووسائل منع الحمل كي يرى الجميع كل الحقائق ، دون أن تفرض أية قيود على السن أو الجنس ، حتى إن أطفال المدارس في الصفوف العليا حضروا هذه المعارض في حرية تامة .

وكان الحث وجها لوجه ممكنا بالمتابعة الفردية لقولاء المستفيدين وعملاء العيادة في العام الثاني (١٩٦٧) .. وكان الأمر المتجلى في الحفص من ٦ إلى ٧ في المائة في معدل المواليد ، كنتيجة للعام الأول من البرنامج ، عاملا غنفا لضغط الواقع على الحكيمات والممرضات من جراء أعمال الولادة ورعاية الأطفال الروتينية . وقد أدت المتابعة الشخصية التي جاءت بعد الدعوة من طريق وسائط الإعلام الجماهيري ، إلى زيادة المتقبلات لتنظيم الأسرة بعد مارس ١٩٦٧ .

وكان من شأن برنامج نوعية متصل الحلقات يستخدم كل هذه الوسائل أن يؤدي إلى ارتفاع متواصل للمتقبلات الجدد لتنظيم الأسرة . وجاءت وسائل التوعية والدعوة التي استخدمت في العامين السابقين بتغيير فعل في الموقف الاجتماعي . ذلك أن استخدام وسائط الإعلام الجماهيري ، إلى جانب التوعية الممتدة إلى كل أطراف المجتمع ، قد أدت إلى التقبل الصريح لتنظيم الأسرة في سنغافورة ، وجعلت منه موضوعا تكثر المناقشة فيه .

نتائج البرنامج

إن الاختيار الحاسم لفاعلية برنامج جماعي لتنظيم الأسرة هو الدرجة التي يمكن بها السيطرة على النمو الطبيعي للسكان وخفضه . ومما يمكن من شيء ، فهذا هو تبيرو وجود مثل هذا البرنامج أما المنافع الصحية والاجتماعية ، فبح أهميتها للأطباء ، يجب اعتبارها ثانوية في هذا المجال . على أنها ، مع ذلك ، منافع أكيدة تهيء بالتبعية .

إن هوامل كثيرة — مثل نسبة التعليم ، وسن الزواج ، والمواقف الاجتماعية ، والحالة الاقتصادية — تؤثر في نسبة المواليد والنمو السكاني . ومع ذلك ، فإن أى هبوط في معدل المواليد كنتيجة لهذه العوامل بدون تدخل برنامج عمل فعال هو عملية مطولة .

وفي سنغافورة ، أظهر البرنامج القوى فعلا انطباعه الملبوس بانخفاض يزيد على ٤٠٠٠ مولود في ١٩٦٧ ، أقل من العام السابق بأكثر من ٨ في المائة وخفض كبير مثل هذا لم يسبق حدوثه بالرغم من أن عدد المواليد ومعدل المواليد كانا يهبطان بوجه عام منذ سنة ١٩٥٧ . كان الانخفاض عادة يتراوح بين ٥٠٠ و ١٠٠٠ مولود كل سنة . والنقص الذي تحقق في سنة ١٩٦٧ في معدل المواليد ، وقدره ٣٠ في الألف ، هو في الواقع حدث ذو دلالة . ففي عام ١٩٦٧ كان عدد المواليد ٥٥٧٢٥ ، وفي عام ١٩٦٦ كان ٥٤٦٨٠ ، وفي عام ١٩٦٧ (تقديري) ٥٠٤٠٠ . وكانت معدلات المواليد المقابلة لتلك الأعوام هي : ٢٨٩٦ ، ٢٨٦٦ ، ٢٥٨ لكل ألف على التوالي .

إن هناك على أخرى تبعث على التفاؤل . فغالبا ما يقال إن قبول تنظيم الأسرة يؤدي إلى انخفاض حالات الإجهاض ، وبخاصة ما يقع منها تحت طائلة القانون . وقد كان عدد حالات الإجهاض بمستشفى كاندانج كيريو للولادة ، في عام ١٩٦٦ هو ١٠٨ في الألف . وفي عام ١٩٦٧ كان هناك ٣٢٣٧ ، بنخفض ٧٨١ حالة أو ١٩ في المائة . تنظيم الأسرة ، هناك أيضا ميل ملبوس

إلى تحسين لرعاية الناشئين ، التي بلغت فعلاً المستوى المرحى المنشود ، بفضل الخدمات الصحية المتوافرة للأمهات والأطفال . وقد نقصت الوفيات بين الناشئين من ٢٩٣٣ لكل ألف من المواليد الأحياء في عام ١٩٦٥ إلى ٢٥٨ لكل ألف في عام ١٩٦٦ وإلى ٢٤٩ (تقديري) لكل ألف في عام ١٩٦٧ .

المستقبل

وفي نهاية عامين ، فإن البرنامج القوي بسنغافورة قد فاق هدفه المبدئي للتقبلات الجدد بـ ١١ ٪ ، وذلك بإدراج ٦١٠٠٠ من مقبلات تنظيم الأسرة بدلاً من الـ ٥٥٠٠٠ المحسوبين أصلاً في الخطة التقديرية . وقد نقص معدل المواليد من ٣٠ لكل ألف في عام ١٩٦٥ إلى ٢٨٩٦ لكل ألف في عام ١٩٦٦ و ٢٥ لكل ألف (تقديري) في ١٩٦٧ ، ومعدل النقص في سنة ١٩٦٧ هو تقريباً ٥٣ لكل ألف بمقارنته بالعام السابق .

على أن عمدياً خطيراً يبدو للعيان . . أوله أن سنغافورة تواجه مرحلة انتقالية ديموجرافية ، (أى متصلة بالإحصاءات السكانية ، عن المواليد والوفيات والزواج إلخ) . ناشئة عن الحرب العالمية الثانية . فالدرجة العالية من الوفيات بين الناشئين والبالغين خلال أعوام الحرب (١٩٤٢ إلى ١٩٤٥) ، إلى جانب الدرجة العالية من المواليد في الأعوام التالية للحرب مباشرة (من ١٩٤٥ فصاعداً) - كل ذلك يقيم مشكلة جديدة تبرز سبيل المجهود التي تبذل من أجل السيطرة على السكان والخفض العاجل لنسبة المواليد .

واستناداً إلى تعداد ١٩٥٧ عن الحقائق البيانية للسكان ؛ فإن عدد الناشئين المشرفين على العشرينيات بسنغافورة زاد من ٢٢٠٠٠ في سنة ١٩٦٥ إلى ٢٧٠٠٠ في ١٩٦٦ ، و ٣٩٠٠٠ في ١٩٦٧ . والمتوقع لهذه الزيادة أن تستمر وتبلغ مستوى يقرب من ٤٠٠٠٠ إلى ٤٥٠٠٠ حتى عام ١٩٧٢ . وهذه الزيادة في شباب السكان الذين بلغوا سن الزواج وأقصى الخصب سوف

تعى زيادة في عدد المواليد ومعدل المواليد إن خفض نسبة المواليد وهبوط عدد المواليد مهمتان متمماتنا لتحقيق بدون هذا العامل الإضافي بزيادة أعداد الشباب البالغ سن الزواج . وقد أظهرت إحصاءات المواليد الأحياء التي أجريت في الأعوام العشرة الأخيرة على مستوى أعمار الأمهات ، أن أكبر عدد من الأطفال ولد لأمهات من مجموعة ما بين العشرين والتاسعة والعشرين من العمر — أكثر من ٥٥ في المائة .

وينبغي لبرنامج توعية في صورة أسرة صغيرة سعيدة أطفالها تفصل بين أعمارهم فترات معقولة ، أن يجد طريقه إلى هؤلاء الشباب من السكان ، من خلال تنظيم الأسرة . إن تنظيم الأسرة يستتبع ضرورة يجب أن يوجه من الأهمية لموضوع إفساح فترات من الأعمار نفس ما يوجه لموضوع تحديد الأسرة . إن هذا يجب أن يصبح منجاً للحياة . وفي سبيل تحقيق هذا ، فقد أعيد لخص برنامج التوعية وأجرى فيه من التعديلات ما جعله أكثر إيجابية في أسلوبه . والهدف من هذا الأسلوب الجديد في عام ١٩٦٨ هو اجتذاب الرأي العام بالتركيز على « الميزات » العلمية والسيكولوجية لتنظيم الأسرة بدلا من « المضار » التي تعقب عدم سلوك هذا المسلك . إن شعاراً مباشراً مثل « احفظي أسرتك صغيرة » ، هو أقرب إلى روح برنامج التوعية الجديد من الشعار السابق . « أنجب أطفالاً عندما تريدنيهم » . والبرنامج يستهدف أيضاً معالجة المخاوف المحتملة لتنظيم الأسرة ، مثل أنه ربما يفسد صحتهم وقدرتهم على إنجاب الأطفال . إنه يسعى إلى إزالة هذه المخاوف . وفي سبيل هذا الغرض ، يذلل البرنامج قصارى جهده كي تحصل النساء وأزواجهن على ضمانات من الحكومة وأرباب المهنة الطبية بأن تنظيم الأسرة إجراء هام ، ومأمون ، وصحي ، وسليم .

وكي ينفذ البرنامج هذا الأسلوب الجديد في التقرب من جمهوره خلال عام ١٩٩٨ ، استخدم البرنامج طريقة التنشيط المهنية التي تستخدم بنجاح في

الإعلان . والفكرة الأساسية في الحملة الجديدة لعام ١٩٦٨ قد أنتقلت من الحال
الإعلاي (كما كانت الحال في العامين الماضيين) إلى نشر قيمة ومنافع نموذج
الأسرة الصغيرة كبداً مثالي للحياة السعيدة .

ووضع في الاعتبار أيضاً خلال عام ١٩٦٨ أن توجه العناية إلى تطوير
البرامج الموجبة إلى الحشود الكبيرة من السكان العاملين ، رجالاً ونساء ، من
طريق المتاجر ، والمسكاتب ، والمؤسسات الصناعية الأخرى . والعاملين في
قطاعات الصناعة الذين يشكلون ٨٠٪ في الماتمن جملة السكان الفعليين اقتصادياً ،
فإن هذه البرامج تستهدف تهيئة الطقس الملائم لإطلاع هذه الجماهير على ما
يحتمهم على الانتفاع بميزات تنظيم الأسرة ، وعلى جعل معدات وعقارات منع
الحمل في أيديهم بنفس الأسعار المخفضة المعتادة ، وقد اتسعت رقعة تنظيم رائد
بدأ تنفيذه في النصف الأخير من عام ١٩٦٧ لتحقيق هذا الغرض ، وبهذه
الطريقة وحدها كان من الممكن بلوغ هدف ٢٥٠.٠٠٠ الذي حدد له عام ١٩٦٨ .

نتائج ختامية :

إن برامج السنوات الخمس لتنظيم الأسرة بسنغافورة ، بهدف المحدد في
الظفر بـ ١٨٠.٠٠٠ من المستقبلات على مدى خمسة أعوام ، قد يبدو غير
ذي بال إذا قورن بالجهود الضخمة التي تبذل في غير هذه البلاد . على أنه لا يزال
مشروعاً طموحاً بالنسبة لحجم ونطاق سنغافورة ، لأنه يسعى إلى بلوغ كل
امرأة متزوجة صالحة من مجموعة من الخصوبة في البلاد . وفي عام ١٩٦٤
عندما صممت الخطة ، كانت سنغافورة تنفق أكثر من ٤٠ في المائة من ميزانيتها
السنوية على الخدمات الاجتماعية ، التي تشمل التعليم والصحة ، وهي تستمتع فعلاً
بمستوى للعيشة يعتبر من أعلى المستويات في آسيا ، ومعدلها المنخفض للوفيات
وتحدرها من الأمراض الوبائية الاستراتيجية الخطرة يجعلها في مصاف دول
متقدمة كثيرة . وثمة مخاوف متصلة بأنه سيكون من المتعذر الاحتفاظ بهذا
المستوى المرتفع للعيشة في مستقبل الأعوام إذا استمر معدل النمو السكاني

بلا رابط ولا رابط . ومن هنا بدأت حملة ضخمة لتنظيم الأسرة كي تشرع
هبطاً إرادياً في معدل المواليد . ومن شأن الهدف المنشود بخفض معدل
المواليد إلى ما دون العشرين في السبعينيات أن يحقق زيادة سكانية سنوية
صافية يقرب من ١٥ في المائة ، وهو معدل يطابق النمو الاقتصادي السليم
والتطور الاجتماعي الملائم .

وفي الأعوام التي مضت منذ أن بدأ البرنامج ، هبط معدل المواليد إلى
حوالي ٢٥ لكل ألف ، والمعدل السنوي للزيادة السكانية أقل بقليل من
٢ في المائة ، فإذا أمكن الاحتفاظ بإيقاع البرنامج ونتائج طوال الأعوام
الثلاثة التالية ، فإن سنفاورة سوف تحقق الهدفين التوأمين النخلة : أن تحفظ
وتحسن الموقف الاجتماعي الاقتصادي ، وفي الوقت نفسه تحرر المرأة
السنفاورية من عبء حمل وتربية عدد كبير من الأطفال لا ضرورة لهم ،
وفي كلا الهدفين مزيد من السعادة الإنسانية لجميع من تظلم سماء سنفاورة .

الهند : مهمة ضخمة

ديباك بهاتيا

إن الحديث في المشكلة السكانية لدولة نامية مثل الهند يعني الحديث في مشكلة عويصة هي أخطر قضايا عصرنا هذا ، ذلك أنها تحجب كل اعتبارات التنمية القومية بصورتها المخيفة لتيار جارف من الناس يزايدون بسرعة مفرقة تقضى قضاء مبرماً على كل مكاسب المقدين الآخرين من الزمن .

لقد سجلت الهند تقدماً رائعاً في ميادين التنمية الاقتصادية المخططة . فالمواد الغذائية زاد إنتاجها بنسبة ٧٠ في المائة منذ الاستقلال في سنة ١٩٤٧ . والإنتاج الصناعي تقدم بنسبة ١٥٠ في المائة . ومع ذلك لا يزال الفرد الهندي في المعدل يشعر بالقليل ، أو بلاشئ ، من منافع هذه التنمية . والسبب الرئيسي يرجع إلى أن السكان يزايدون بمعدل زيادة يبلغ حتى اليوم مليون شخص يضافون سنوياً إلى السكان . وبالرغم من انقضاء خمسة عشر عاماً على تنفيذ مخططات التنمية الاقتصادية ، فإن الهند لا تزال تواجه أوجه نقص وعجز عنزة ، ومواطن ضعف اقتصادية واجتماعية خطيرة . فقرابة ٦٧ مليون طفل في سن الدراسة لا مكان لهم في المدارس ، وحوالي ١٠ ملايين من الناس الذين يمكن أن يشاركوا بعملهم في التعميل ببناء الصرح الاقتصادي ليس لهم عمل ، كما نقص نصيب الفرد من استهلاك المواد الغذائية . وبالرغم من وضع برامج طموحة للإسكان ، فلا تزال الهند تعاني نقصاً يقرب من ٥٧٠.٠٠٠ مسكن .

وحين نقول : يجب إخضاع النمو السكاني لقيود متعددة ، فنحن بذلك إنما نقرر حقيقة جلية واضحة ، فهذا التوجيه أن ينظم بشروط صارمة محكمة تتفق مع نمو الموارد المادية والموارد الزراعية والصناعية في الدرجة الأولى .

وأول عقبة جديرة بالذكر تفقد الهند بها ميزة أساسية ، هي أنها تملك فقط ٢٤ في المائة من أراضي العالم ، في حين أنها تحول فعلا أكثر من ١٤ في المائة من سكان العالم ، وموارد البلاد الموجودة أضال بكثير من أن تكتفي احتياجات سكانها البالغ عددهم ٥١٥ مليون نسمة ، يرتفع معدل زيادتهم ارتفاعا مطردا . إن السكان الذين تسع رفعتهم يتقلون كامل بلد لا تتسع رفعتهم ويزيدون من استنفاد خيراته المستلكة .

ومن بين العوامل الكثيرة التي تحدث أثرها «الديناميكي» في التضخم السكاني ، يشغل مكان الصدارة في الهند ذلك الهبوط الحاد في معدل الوفيات دون أن يقابله هبوط مناسب في معدل المواليد . فمثلا ، انخفض معدل الوفيات من ٤٨٠٦ لكل ألف في سنة ١٩٢١ إلى ٢٧ في سنة ١٩٥١ ، ثم قدر بأنه أقل من ١٦ في سنة ١٩٦٥ . ومع ذلك ، انخفض معدل المواليد فقط من ٤٠٣٢ لكل ألف في سنة ١٩٢١ إلى ٤١ في سنة ١٩٦٦ . وبالرغم من أن تسجيل المواليد والوفيات لا يتم على الوجه الأكمل من الدقة ، فإن الإحصاءات الحيوية تزاد دقة على مر السنين ، وهي في الوقت الراهن أقرب ما يكون إلى الوثوق بصحتها ، طبقا لما أثبتته اختبارات حديثة أجريت على « عينات » منها . وقد ارتفع معدل العمر بين أهالي الهند من ٣٢ سنة في ١٩٥٠ إلى ٥٠ في ١٩٦٦ . وكان من شأن الارتفاع في معدل المواليد ، بجانب الانخفاض في معدل الوفيات ، أن زادت النسبة المئوية لتغير البالغين من التضخم (الذين يعتمدون في تدبير أسباب الحياة على أولياء أمورهم) . وقد أدرك أنه في سنة ١٩٦٦ كانت نسبة الذين تراوح أعمارهم من صفر إلى ١٥ سنة تزيد على ٤١ في المائة .

ماذا تعنى إضافة أكثر من مليون شخص كل شهر إلى سكان الهند في بلاد تكافح في سبيل الاكتفاء الذاتي والحصول على مجرد الحد الأدنى من ضرورات الحياة لأهلها؟ والجواب على ذلك في الرقم الإجمالي للنتائج الإضافية والتحديات المطلوبة لتغطية عام واحد فقط، يفوق كل تصور. إنه يعنى أنه مطلوب ١٠٢٥ مليون طن زيادة في الحبوب الغذائية لملايين ١٣٠ مليون شخص — وأكثر من ١٩٠ مليون متر من القماش، وأكثر من ١٠٠.٠٠٠ مدرسة، ومزيد من المطين، ومزيد من المساكن، وملايين زيادة في فرص العمل الشاغرة.

وليس أمام المعدل الحالي والمحتمل للنمو الاقتصادى سوى فرصة ضئيلة لمواجهة هذه الأعباء الجديدة. إن مجرد حجم هذه البلاد، بقرائها البالغ عددها ٥٦٠.٠٠٠ قرية، ومدنها، وبلدانها البالغة ٣٠٠٠ مدينة وبلدة، هى أيضا في حد ذاتها جزء من المشكلة. وفي الهند تجاوز غير مالوف بين القديم والحديث. فبينما هى قد دخلت ميادين متقدمة من التكنولوجيا، فإن الهند تعيش الجانب الأكبر من حياتها في قرن سابق على قرننا الحالي. ومن ثم فإن الذين توكل إليهم مسئولية تطبيق برامج شاملة للتطوير يواجهون بمواقف ضخمة هائلة تشمل الامية المتفشية، ووسائل المواصلات غير الكافية، وتنوع الثقافات واللغات، وافتقار مشيط للهم بواسطة الاتصال الجماعى بالمناطق الريفية حيث يعيش ٨٠ في المائة من السكان.

وهناك عقبات وعمية في برنامج السيطرة على السكان يعتمد على إسهام مئات الملايين من الناس — وهى مع ذلك مهمة مثيرة محبة للنفس. إنها تنهى الإحساس بالرضا الحقيقي لكل من يشارك بمجهده في إنجاز هذه المهمة الجبارة التى تستند في إدارتها إلى دراسة السلوك الإنساني. والآن وقد مضت ثلاثة أعوام تقريبا على تطبيق برنامج تحديد سكان الهند بصورة جديدة، فن المناسب أن نقف قليلا، وننظر ما تم إنجازه، وكيف تم، ثم لنلقى نظرة فاحصة على المستقبل على ضوء ما تقتضيه الضرورة من عمل لم يتم بعد.

إدراك أهمية تنظيم الأسرة :

في خلال الفترة من ١٩٤٨ إلى ١٩٥٠ ، كانت الهند واحدة من الدول الأولى التي ترحى رسمياً برنامجاً لتنظيم الأسرة . وقد بين مشروع السنوات الخمس الأولى ما يلي :

إن الزيادة السريعة في السكان والضغط الناتج على الموارد المحدودة الميسورة قد دفعا إلى المقدمة بالأهمية الملحة المواجهة لمشكلات تنظيم الأسرة . وكل تقدم في هذا الميدان يتوقف ، أولاً ، على خلق حافز على درجة كافية من القوة كي يستقر تنظيم الأسرة في أذهان الناس . وثانياً ، على تقديم المشورة والخدمات اللازمتين على أساس وسائل مقبولة ، وفعالة ، وغير ضارة واقتصادية .

وهد نص مشروع السنوات الخمس الأولى على شروط لتقديم المشورة بشأن تنظيم الأسرة في مستشفيات الحكومة ومراكز الرعاية الطبية الإقليمية ، ولإجراء تجارب ميدانية على الوسائل المختلفة ، وجمع المعلومات القائمة على الخبرة المدعومة علمياً في الهند ، وفي غيرها ، إزاء الجوانب الطبية والفنية والحواجز الجماهيرية من تنظيم الأسرة . وأتفق على البرنامج خلال المشروع الأول اعتماد ضئيل بلغ ١٥ مليون روبية (يعادل حينذاك ما يقرب من ٣٠٠.٠٠٠ دولار بعملة الولايات المتحدة) .

وركزت مشروعات السنوات الخمس التالية تأكيداً متزايداً على هذا البرنامج . وفي خلال « الخطة المركزة Intensive Plan » ، كان هناك توسع لكل أوجه النشاط التي بدأت خلال الخطة الأولى للسنوات الخمس فقد زادت مستويات الخدمة من ١٤٧ إلى ١٦٥ ر . واتسع نطاق البحوث العلمية من الطب الحيوي « إلى الديموجرافيا » (الدراسات السكانية المتصلة بإحصاءات المواليد والوفيات والزواج الخ) ، وإلى المواقف والاستجابات الشعبية ، ووسائل الإعلام والتوعية والاتصالات الجماهيرية . وتم إعداد القسيلات

لإجراء عمليات التقييم الإدارى ، وبحلول عام ١٩٦١ كانت قد أجريت ٢٥٦٠٠٠ عملية من هذا القبيل . واتسع نطاق توزيع مواعع الحل التقليدية . وأنفق مبلغ ٢٢ مليون روبية (قرابة ٧٤ ملايين دولار) خلال فترة هذه الخطوة .

وفي مشروع السنوات الخمس الثالث ، لقي البرنامج اعترافاً واضحاً مؤكداً . وسجل المشروع هذا النص :

إن الغاية التى تدفع إلى استقرار التوالسكانى على مدى فترة معقولة يجب ، تبعاً لذلك ، أن تكون فى مركز القلب من مشروعات التطوير المعتمد تنفيذها وفقاً للخطوة . وكان لبرنامج تنظيم الأسرة المتضمن للتوعية المركزة ، وتقديم التسهيلات والمشورة على أوسع نطاق ممكن ، وبذل الجهود الشاملة حل مختلف المستويات الجماهيرية بين كل الجماعات الريفية والحضرية — كان له أعظم الأثر .

وجددت الخطوة الاستراتيجية للبرنامج ، فنقل التركيز من عمليات المستوصف إلى مجالات أشد اتساعاً . وأقر استخدام طريقة اللولب فى يوليو ١٩٦٥ ولقيت استجابة فورية .

وأنفق مبلغ ٢٤٨ مليون روبية خلال الخطوة الخمسية الثالثة . . وبإقرار مشروع السنوات الخمس الرابع ، فى أول إبريل ١٩٦٦ ، أضفت حكومة الهند الأسبقية الأولى على البرنامج الذى يدار منذ ذلك الوقت على مستوى أقصى درجات الاستعداد الحربى . وقد زادت الاهتمامات المخصصة للبرنامج حدة أضعاف حتى بلغت ٢٢٩٠ مليون روبية .

الغاية الرئيسية الراهنة :

وفى عبارات محددة المعالم فإن الغرض الرئيسى من البرنامج الهندى لتنظيم الأسرة هو العمل على خفض معدل المواليد من ٤١ إلى ٢٥ لكل ألف من السكان . وفى مجالات تطبيق وسائل منع الحمل فإن الهدف هو تدبير التسهيلات الخاصة بتنظيم الأسرة ١٠٩ مليون زوج وزوجة (يشكلون ٩٠ فى المائة من

السكان المتزوجين) . والأمل معقود على أنه بتحقيق هذه الغاية فإن البرنامج لن يقتصر فقط على مساعدة الناس على تشكيل أسر صغيرة مستقرة اقتصادياً ، بل إنه سيعمّن أيضاً أن تصل البلاد إلى مرحلة الانطلاق في آفاق التطور الاقتصادي الحقيقي .

مضامين الغاية

إن عملية تنظيم الأسرة في البلاد تقوم على أساس الوعي الكامل بحقيقة أن الغاية المثلى من خفض معدل المواليد تنطوي على مضامين ذات أغوار عميقة . إنها لا تنمى تحقيق غاية إحصائية لحسب ، ولكنها تعنى أيضاً السلوك الإنساني وتعديل المواقف والقيم والمعتقدات بين الناس ، حتى لا تصبح الأسرة الصغيرة وحدة اجتماعية قياسية فقط ، بل تصبح هدفاً شخصياً عزيز المآل في الوقت نفسه .

افتراضات أساسية :

مع الإبقاء على كل العوامل المنظورة ، فإن الافتراضات الأساسية المطلوب تطبيقها في برنامج الهند لتنظيم الأسرة هي كما يلي :

١ — يجب أن تكون هناك حاجة محسوسة للخدمات حتى يئسر لها أن تكون مقبولة من جانب الناس .

٢ — الآباء والأمهات وحدهم هم الذين يجب أن يقرروا عدد الأطفال الذين يرغبونهم ، واضعين في الاعتبار مسئولية كل واحد منهما إزاء الآخر ، وإزاء الجماعة التي يقتسمان إليها ، وفي الوقت نفسه التزاماتها إزاء أطفالها .

٣ — يجب أن تيسر الخدمات للناس دون أن يتكفوا مشقة الانتقال بعيداً عن عتبات بيوتهم .

٤ — يجب أن يجري الاتصال بالناس من طريق وسائط الإعلام التي يترمونها ومن خلال قادتهم المعترف بهم والمؤثوق بهم دون الإساءة بأي

حال إلى حساسياتهم الدينية ، ومثلهم الأخلاقية والمعنوية ، وضائرم ومسؤولياتهم العائلية .

مبادئ توجيهية :

ما دام تنفيذ البرنامج يستهدف تغيير السلوك الفردي ، فإن التنظيم يجب أن يسترشد بمبادئ أساسية حتى يمكن للغاية أن تتحقق بأقل قدر من الصدام بين الفرد والمجتمع وهذه المبادئ الاسترشادية تتضمن ما يلي :

١ — الأفراد سوف يتقبلون عن طيب خاطر التغيير في السلوك ، بشرط أن يكون مثل هذا التغيير في صالحهم وتقتضيه حاجاتهم .

٢ — التغيير يجب أن يكون مرغوباً فيه اجتماعياً ومقبولاً ومشاراً به من جانب صفوف القوم .

٣ — التغيير يمكن أن يتم بأقل ضرر ممكن عندما توجه الدعوة إلى الفرد ، أو من ينوب عنه ، بالاشتراك في تنظيم البرنامج وتنفيذه .

تسكيف التنظيم وفقاً للمهمة :

إن تنظيم مثل هذا البرنامج يجب أن يكون مرناً ومكيفاً وفقاً للمهمة . وقبل أكتوبر ١٩٦٢ كان التنظيم ممدداً ليتفق مع متطلبات المستوصف أو العيادة الطبية . ومنذ ذلك الحين ، اقتضى الأمر تهيئة كفايات خاصة لتتخذ قرارات سريعة وتفسق الجهود بين السلطات الاتحادية والفيدرالية ، والمحلية (الولايات) التي زيدت بالجهود الشعبية غير الرسمية . ومن ثم برزت إلى الوجود خلال الأعوام القليلة الماضية طبقة من المسؤولين بحكمة الترابط واسعة الإدراك . وتم تغيير في الجهاز كي يتلاءم مع متطلبات هذه المواجهة المتسعة الأطراف . فثلاً ، استعمال التقييم ، أولاً ، واللوب ، فيما بعد ، اقتضى تغييرات تتلاءم مع أهداف البرنامج . وبإضافة هاتين الوسيلتين ، اتخذت القوة الدافعة في برنامج تنظيم الأسرة بعداً جديداً . يضاف إلى ذلك ، أن تحقيق أهداف البرنامج الملحة اقتضى أن تيسر الخدمات للناس دون أن يتكلفوا مشقة الانتقال بعيداً عن عتبات بيوتهم بقدر المستطاع . ولهذا الغرض ،

كان من الضروري إمداد الوحدات الثابتة بخدمة متنقلة ووحدات تدريبية .

وهذا البرنامج الممدد لرعاية صالح الجماهير يتطلب تعاونهم الفعال ومشاركتهم في الجهود المبذولة . وبناء على ذلك ، فإن المهام الإدارية على اختلاف مستوياتها قد صممت لخدمة هذا الغرض . وقد تقرر ألا تدخر السلطات المستوة وسما ، سواء في الرجال ، أو في المعدات أو في الأموال ، لتحقيق الهدف المنشود في أسرع وقت مستطاع ، ألا وهو خفض معدل المواليد إلى ٢٥ لكل ألف سنويا . وبالتشاور مع « لجنة التخطيط » ود وزارة المالية ، صممت سلطات الولايات معونة السلطات المركزية بمعدل يتراوح بين ٩٦ و ٩٧ في المائة من إجمالي الإنفاق الذي يتطلبه برنامج تنظيم الأسرة . والاعتماد المالي المقدر لمرحلة مشروع السنوات الخمس الرابع وقدره ٢٧٩٠ مليون روبية سوف يزداد إذا دعت الضرورة .

وتجتمع لجنة وزارية برئاسة رئيسة الوزراء من وقت لآخر لتوجيه البرنامج ووجهته السليمة ، وإجازة سياسته رسميا ، وإجراء عرض دورى لما أحرزته من تقدم . وتوجد لجان عائلة يرأسها رؤساء وزراء الولايات ، في معظم ولايات الهند . ويقوم مجلس مركزي لتنظيم الأسرة ، يتألف من جميع وزراء صحة الولايات ويمثل المنظمات الأخرى المتصلة بأعمال تنظيم الأسرة ، ويرأسه وزير صحة الاتحاد ، باستعراض تنفيذ البرنامج كل ستة أشهر ، كما يضع السياسات العريضة للسلطات المركزية والولايات في الوقت نفسه . وتوجد في جميع الولايات تقريرا مجالس عائلة ذات عضوية مناسبة .

ومنذ أبريل ١٩٦٦ أنشئت مصلحة منفصلة لتنظيم الأسرة تابعة للحكومة المركزية لتقديم التوجيه السليم ، وإقرار التناسق بين الأوجه المختلفة لبرنامج تنظيم الأسرة في المركز كما في الولايات . ولهذه المصلحة جناح فني ، يرأسه مندوب تنظيم الأسرة المفوض ، وهو يوجه من هذا الطريق التواحي الفنية

المتعددة للبرنامج . وبالإضافة إلى ذلك ، أنشئت وحدات لتنظيم الأسرة في مصالح الصحة التابعة للحكومات الولايات لتوجه العناية الكاملة لهذا العمل . وحملية الاتصال بين المراكز والولايات تنوّلها ستة مراكز إقليمية ، رأس كل واحد منها مدير على . وهذا يسهل الاتصالات يوما فيوما ، كما يسهل الاستعراض المتواصل للمعاملات الميدانية .

وإلى جانب وحدات السكرتارية الصغيرة ، ساقفة الذكر ، فإن البناء التنظيمي في الولايات يشتمل على الآتي بياحه :

١ — مكتب على لتنظيم الأسرة على مستوى الولاية ، يرأسه موظف في كبير ، مع مجموعة ملائمة من الماعدين تتألف من عاملين بالهن الطبية ، ومن عاملين بالإدارة ، والنشر ، والتوعية ، والتدريب ، والإشراف ، والتموين ، والخدمة ، والإحصاءات .

٢ — مكتب ناحية واحد لتنظيم الأسرة لكل منطقة ، يرأسه موظف ناحية لتنظيم الأسرة ، مع هيئة مهنيين طبيين ، وغيرهم من العاملين للخدمات ، والنشر ، والتموين ، والتوعية ، وتسجيل البيانات والحقائق الإحصائية ، ومكتب الناحية مدعم أيضا بوحدات متنقلة لتقديم الخدمات إلى سكان الأقاليم .

٣ — مراكز رعاية وتخطيط لكل بلدة ، ومكاتب تنظيم أسرة لكل مدينة ، بمعدل مكتب واحد لكل ١٠٠٠ ر.م. من سكان المدن ومراكز أصغر للمجموعات الأقل عدداً من السكان .

٤ — مراكز رئيسية لرعاية وتنظيم الأسرة بالمدن ، تستبر بصفة عامة جزءاً من مراكز الصحة الرئيسية لمعدل سكان من ١٠٠٠٠ ر.م. مع أطباء وهيئة عاملين آخرين لتولى شئون تنظيم الأسرة ، وخدمات الرعاية الصحية للأهات والأطفال .

٥ — مراكز فرعية لكل ١٠٠٠٠ ر.م. من السكان تعمل تحت إشراف مراكز المدينة الرئيسية .

وفي سبيل إشراف المصالح الحكومية المتعددة بالولايات المرتبطة بصلات

مباشرة وفعّية بالجمهور في برنامج تنظيم الأسرة على اختلاف مستوياته أنشئت
لجان تنفيذية بالولاية ، والناحية ، ومستوى أحياء المدينة المقسمة إلى مربعات
سكنية . وهذه اللجان تعقد اجتماعات دورية لاستعراض تقدم البرنامج ،
ولإزالة العوائق والمعوقات ، ووضع خطة البرنامج للمستقبل . ويتولى رياستها
كبار أمناء المر على مستوى الولاية ، وجباة الناحية على مستوى الناحية ،
وهو وظائف الإصلاح والصيانة بالمربعات السكنية على مستوى الأحياء المقسمة
إلى مربعات سكنية ، وعملوا المصالح المأثلة لمصالح العمل والتطوير والتعليم
والصناعة والخزائن منضمون إليهم .

ولقد روعى بكل دقة وحرص تجنب أى ضغط مفتعل ، أو تدخل عامل
القسر أو الإكراه في برنامج تنظيم الأسرة . فالأزواج والزوجات يستحثون
من طريق وسائل الإعلام الجماعية ، بالمعونة الإرادية لقادتهم المقبولين والمعترف
بهم . ويحرص القائمون بالعمل على إشراك هؤلاء القادة في وضع البرنامج
الخاص بمناطقهم ، وعلى ضمان إسهاماتهم الفعالة خلال مراحل التنفيذ . وتلقى
المنظمات المتطوعة التشجيع اللازم للقيام بأعمال تنظيم الأسرة وتقال التضعيد
المالى الكامل . ويتفق قادة الرأى في القرى تدريجياً في مسكرات توجيهية من منظمة
تنظيماً خاصاً . وتدعم الهيئات المحلية ومنظمات الرعاية الاجتماعية أيضاً بالموون
المالى للمشاركة في أعمال تنظيم الأسرة .

الدور الرئيسى لوسائل الاعلام :

لأنها مهمة ضخمة هائلة أن نستحث ٩٠ مليوناً من الأزواج والزوجات
على قبول مبدأ الأسرة الصغيرة وممارسة تنظيم الأسرة . ولذلك ، اقتضى الأمر
القيام بتنفيذ برنامج توعية شامل للإعلام الجماعى . واستخدمت وسائل التوعية
وسائط الإعلام كى تستحث الناس على أن يؤموا المستوصفات وأن يتعرفوا
كل ما يحيط بتنظيم الأسرة من « معلومات » . وفى خلال مرحلة الخطة الرابعة
خصص لهذا الغرض وحده مبلغ ١٠٠ مليون روبية .

وفي هذا البرنامج استخدمت وسائط الإعلام الجماعي من صحافة ، إلى أفلام وراديو ، وتليفزيون ، وأغان ، ومسرحيات ، وعروض عرائس . ولتحسين الدرجة القصوى من الفائدة ، عززت وحدات الإعلام بوزارة الاتصالات والإذاعة ، وأنشأت المحطات الإقليمية ، لإذاعة عموم الهند ، وحدات صغيرة لبرنامج تنظيم الأسرة ، ووضعت ثلاثون وحدة إضافية للنشر الميداني تحت تصرف « إدارة النشر المدفي » . ويتم إنتاج أفلام خاصة عز تنظيم الأسرة . وعلى كل مستويات الإدارات الحكومية أنشئت لجان للتوعية والإعلام الجماعي . ولإضفاء شخصية مميزة على خدمات البرنامج وأوجه نشاطه ، اتخذ له شعار رمزي يتكون من مثلث متساوي الأضلاع مقلوب قرمزي اللون .

والقصد من هذا البرنامج الإعلامي التشجيعي للتوعية هو خلق الجو الاجتماعي لتقبل مبدأ الأسرة الصغيرة . وإثبات لدلالة مبشرة أن أقوى ما في البرنامج من عناصر قد فازت باقتناع القادة الاجتماعيين والدينيين ، ذلك أن « مباركتهم » لهذه الحلة المقدسة هي عامل هام في لشرونة قوة هذا البرنامج . ومثل هذا التأييد يسير جنباً إلى جنب مع تطوير البرنامج للحصول على إمدادات مالية وخدمات كي يستطيع من استحووا من الناس أن يحصلوا فوراً على الخدمات التي يطلبونها . والهدف هو جعل الخدمة ميسرة كلما جاء الطلب .

الخدمات والامدادات في المقدمة :

إن خدمات تنظيم الأسرة تقوم في مناطق الريف والحضر من طريق مراكز تنظيم ورعاية الأسرة . وأصبح البيت والأسرة هما مراكز بؤرة الاهتمام وفي مناطق الريف ، لكل مركز صحة رئيسي جناح لتنظيم الأسرة ، وكذلك الحال في جميع المراكز الفرعية التي تلي حاجات كل ١٠٠٠ من الناس . وفي مناطق الحضر ، تعد مراكز تنظيم الأسرة لجهات متعددة من السكان ، يضاف إلى ذلك أنه خصص لكل ٥٠٠٠ من الناس في كل ناحية عربية واحدة تضم وسائل إيضاح « سمعية - بصرية » ، وعربة واحدة للتعليم ،

وعربة واحدة دالوب ، (وحدات الالوب المتنتة يمكن استعمالها أيضا لعمليات التعميم) .

ويوجد في الهند الوم ١٦٤١ مركزاً لتنظيم الامة بالمدن ، و٦٨٣ مركزاً بالاقليم ، كما يوجد ١٦١٩٨ مركزاً فرعياً . ويوجد — بالإضافة إلى ذلك — ٨١٩٤ مركزاً طبياً تقوم بتوزيع موانع الحمل . وهذه الشبكة من مراكز تنظيم الامة في شق أنحاء البلاد تقدم كل المشورة اللازمة لخدمات تنظيم الامة . ويبقى أسلوب دالكافيتريا ، تأييداً بالنسبة لاختيار وسائل منع الحمل ؛ إذ يترك اختيارها لقرار الفرد وتفضيله وسيلة على أخرى . ومع ذلك تقدم الخدمات على شكل إيلاج الالوب ، وعمليات التعميم (سواء للذكور أو الإناث) ، وإمدادات مجانية من موانع الحمل التقليدية مثل : الواقي الذكري ، والبلامبات ، والاقراص الفوارة ، والواقي المهبلي .

وعمليات إيلاج الالوب والتعميم تجري مجانياً ويتموضع إضافي للافراد كمصروف جيب ، ونفقات انتقال ، وفقدان أجور ، ولا تقدم هذه التسهيلات فقط في المراكز الثابتة ، ولكن أيضاً بمعرفة الوحدات المتنقلة .

وفي سبيل تلبية هذه المطالب ، زادت طاقة الإنتاج الأهل للواقي الذكري دالكبايت ، في كل من القطاعين الخاص والعام . وفي القطاع العام ، شيد مصنع في سنة ١٩٦١ هند تريفا ندروم ، استهل إنتاجه بـ ٤٤ مليون واق ذكري في السنة ، وبطاقة لمضاعفة هذا القدر . على أن الطاقة الإنتاجية دالكبايت ، كانت دائماً غير كافية لتلبية الطلب المتزايد في البلاد وحتى بعد أن بلغ مصنع تريفا ندروم ذروة إنتاجه ، ستظل الحاجة قائمة لمدة أعوام إلى استيراد مقادير غير قليلة من دالكبايت ، سنوياً . وموانع الحمل المتعددة الأخرى التي تقتضيها الحاجة تصنع في داخل البلاد ، ومصنع الالوب في دكاينور ، يذبح ٢٠٠٠ لولب من المقاسي المتفق عليه دولياً في كل يوم .

وسائل منع الحمل :

إن كل وسائل منع الحمل المعترف بها مستخدمة في الهند . وقد وضع تخطيط تقديري يعاد النظر فيه من وقت لآخر . وتحدد التقديرات السنوية لعمليات التعقيم وإبلاج اللولب ، ويوضع تقدير شامل دقيق للذين يضافون إلى الراغبين في استخدام وسائل منع الحمل التقليدية . والبرنامج مفتوح أيضا لآلية وسائل جديدة أخرى ، فعالة ومقبولة ، من وسائل منع الحمل التي قد يسمع انتشارها . وقد اتخذت أخيراً خطوات لعرض حقائق منع الحمل التي تؤخذ عن طريق الفم كعامل مساعد لبرنامج اللولب ، وعلى أساس تجريبي ، وذلك في ١٢٠ مركزاً إقليمياً . وتتولى وكالة العون التابعة لجيش الولايات المتحدة USAID تقديم موانع الحمل التي تؤخذ بطريق الفم للأغراض التجريبية .

وقد استهل برنامج التعقيم عملياته في سنة ١٩٥٦ ، ولكن نشاطه كان محدوداً في أعوامه الأولى ؛ إذ اقتصر الاهتمام به على ولايات قليلة فقط (مدراس وماهاراشترا) . ومع ذلك فنذ عام ١٩٦٦ — ١٩٦٧ استحوذ هذا البرنامج على مشاعر الناس إلى حد بعيد ، سواء في المدن أو في الأقاليم . وفي خلال عام ١٩٦٦ — ١٩٦٧ أجرى من عمليات التعقيم ما يزيد على ٨٦٣.٠٠ عملية — وهو أعلى رقم قياسي لأي عام منفرد في أي بلد من بلاد العالم . وأصبح الإقبال على برنامج التعقيم في زيادة مستمرة ، وارتفعت شعبيته بين مختلف الطوائف والقطاعات . وكان التقدير المحدد على المستوى القومي لعمليات التعقيم في عام ١٩٦٧ — ١٩٦٨ هو ١.٥ مليون عملية ، والرقم الإجمالي لعمليات التعقيم التي أجريت منذ البدء بالبرنامج هو ٣ ملايين عملية .

وكان العمل ببرنامج اللولب لأول مرة في يوليو ١٩٦٥ ، وظل نشاطه يجرى على وتيرة واحدة حتى عام ١٩٦٦ — ١٩٦٧ . حل أن هذا البرنامج أصيب بنكسة في عام ١٩٦٦ — ١٩٦٧ ، بسبب شكاوى تدور حول نزف ، وآلام ، وظل أخرى ثانوية من هذا القبيل .

وكما أسلفنا القول ، فإن مواعيد الحمل التي تؤخذ بطريق الغم كانت متداولة حيثما قام اعتراض على استخدام « اللولب » . وقد أجريت دراسات مستفيضة بشأن معدل الاستبقاء ، والمضاعفات الأخرى المتعددة التي تنشأ من « اللولب » ، وفي أكثر من ٢٠٠٠ حالة درست لوحظ أن معدل الاحتفاظ به يبلغ ٧٧ في المائة خلال العام الأول ، و ٤٤ في المائة خلال العام الثاني من الإيلاج ، ويبقى اللولب وسيلة فائقة لتحديد فواصل زمنية بين إنجاب الأطفال ، وبخاصة بين المجموعات البشرية المنخفضة الإنجاب . وعلى ذلك ، فإن الحاجة تدهو إلى إجراء بحوث لإزالة عيوب هذه الوسيلة ونقائصها المتعددة ، وتطوير جهاز أفضل إذا أمكن ذلك .

وبالنسبة لمواعيد الحمل التقليدية ، فإن وسيلة « الواقى الذكرى » هي أعظمها أهمية ، وهي مطلوبة على نطاق واسع . ويجرى توزيعها في الوقت الحاضر من طريق : (١) مراكز تنظيم الأسرة المتعددة وفروعها ، بلامقابل ، و (٢) أمماء مخازن (من رجال بريد ومعلمي مدارس ١٠٠٠٠ الخ) بسمي هو « ده بيزات » لكل ثلاثة . وتحت النظر اقتراح بالتوزيع التجاري « الواقى الذكرى » من طريق الأسواق المتعددة للبيوت التجارية الكبيرة في الأقاليم (عددها يزيد على ٦٠٠٠٠٠) والغرض هو ترويج استخدام (الواقى الذكرى) وزيادة استهلاكه إلى ما بين ٦٠٠ و ٧٠٠ مليون لكل سنة بحلول عام ١٩٧٢ .

تدريب العاملين :

إن الحاجة ضخمة ملحة إلى هيئات وفئات العاملين في هذا البرنامج الممتد في طول البلاد وهرضها . والأعمال الشاملة للإرشاد والتوعية واستئارة اهتمام الجماهير . وإسداء النصيح وتقديم الخدمات ، وإدارة شؤون البرنامج على كل المستويات . تتطلب خدمات هيئة من العاملين المدربين تتألف من قرابة ١٢٥٠٠٠ عضو ، والمراكز الرئيسية لتدريب هؤلاء العاملين تنحصر في معهد عموم الهند

لمتعضيات الصحة العامة ، بكلكتا ، ، و د معهد تنظيم الأسرة المركزي ،
بنيدولهي ، و د المكتب المركزي لتعليم الصحة ، بنيدولهي . والوحدات الميدانية
لتنظيم الأسرة ، المعنية لكل ولاية ، تسد الفراغ في موارد التدريب على
مستوى الولاية والناحية . يضاف إلى ذلك ، أن موارد مكاتب تعليم الصحة
بالولايات قدس هبت . وتنظيم مناهج أساسية لهيئة والمرضات القابلات
المساعدات ، في ٣٣٩ مدرسة تابعة للهيئة ، وتم حتى الآن تدريب حوالي
١٠٠٠٠ ، على حين تتطلب الحاجة ١٨٠٤٩٨ منهن .

وتم إعداد فريق مركزي لتنظيم الأسرة من الأطباء لتلبية احتياجات الولايات
في المواقع التي لا يتيسر فيها الأطباء . يضاف إلى ذلك ، أنه تم التصديق على
منح ٢٥٠٠ منحة دراسية معظمها لطلاب الطب من الإناث اللاتي تصدن
بخدمة البرنامج لعدد محدود من السنين بعد إتمام دراستهن وطورت أيضاً خطط
لاستخدام أطباء لجزء من الوقت بشروط مغرية ، وبالتعاون مع د الزايلة
الطبية الهندية ، وضمت أيضاً الخطوط العريضة لتطوير مشروع بالانتفاع
بخدمات الأطباء العاملين في القطاع الخاص بجمالات تنظيم الأسرة ، سواء في
عياداتهم الخاصة ، أو في أية عيادة تدار بمعرفة البرنامج

بحوث من أجل السكناية :

وفي الوقت الذي يشق فيه برنامج الهند طريقه قدماً نحو تحقيق أغراضه ،
سوف تجد تساؤلات لا حصر لها طريق الإجابة عنها ، كما سوف تجد مشكلات
غير متوقعة طريقها نحو الحل . وقد دعمت البحوث في ميادين الطب الحيوي ،
والدراسات الإحصائية السكانية و الديموجرافية ، ووسائل الاتصال والإعلام ،
والمجالات الاجتماعية والعملية — وذلك منذ الاستقلال المبكر بالبرنامج . وتتولى
ثلاث لجان ذات سلطات عليا تنسيق البحوث في نواحي الطب الحيوي ، ووسائل
الاتصال والإعلام ، والدراسات الإحصائية السكانية من البرنامج في مراكز

البلاد اثنائية لبحوث الطب الحيوى ، ومراكز البحوث ، الديموجرافية ، الاحد عشر ، والمشروعات العشرة لبحث اساليب العمل الاعلى . وخصص مبلغ ٥٣ مليون روبية فى الخطوة الرابعة ، لهذا الغرض . ويدعم البرنامج بصورة مستمرة بشمرات البحوث كى يحتفظ بكفايته الفنية وبفاعليته العملية على مستوى عال .

تقييم ضمنى :

وكما أسلفنا القول فإن الغرض المنشود بخفض معدل المواليد إلى ٢٥ لكل ألف من السكان يجب أن يتحقق فى أقصر وقت مستطاع . ولهذا الغرض ، تجرى اختبارات لتقييم تقدم البرنامج فى فترات معينة . وتبعا لذلك ، تطرح الاهداف على سباط البحث على مختلف المستويات : مستوى الدولة ، والولاية ، والناحية ، والمربع السكانى بأحياء المدينة ، والمركز الفرعى ، والفرد — وهذا يساعد العامل على معرفة ما إذا كان قد أسهم بنصيبه فى إنجاز البرنامج ، ويكون البرنامج بذلك خاضعا لكل من التوجيه الزمنى والإنجازى .

وتحديد الهدف والإنجاز هو فقط وسيلة لإنجاز الغرض المنشود بخفض معدل المواليد إلى المستوى المطلوب . على أن أثر هذا التحديد فى خفض معدل المواليد أمر هام ، ولهذا السبب ، فى جانب عملية الإحصاء السكانى التى تجرى كل عشر سنوات ، فإن عمليات مسح مركزة ودراسات تقويمية « تقييمية » تجرى فى مواقع معينة . ومثل هذه الدراسات تم إجراؤها فى مناطق متعددة من « مزارع الشاى بالهند الشرقية » ، وفى ناحية « كايلا » (جو جارات) وفى « هوجلى » و « جاند هيجرام » . وقد جمعت هذه الدراسات بنتائج مطمئنة ، وأشارت إلى ميل محدد للهبوط فى معدل المواليد . والمقدرا أنه نتيجة لجهود الحالية ، فإنه يتم فعلا منع نصف مليون من حالات الولادة كل سنة .

تطلع إلى الأمام :

إن شعب الهند منكم في برنامج لتحديد السكان يعتبر الأكبر من نوعه في العالم ، ربما كان أشدها صعوبة ، إذ لم يحدث قط من قبل أن نفذ برنامج لتنظيم الأسرة يماثله في الضخامة والتعقيد . والهند تكسب أرضا جديدة في مناطق كثيرة من البرنامج ، وتختبر أساليب جديدة لمعالجة مشكلات كثيرة . وبعض أعراف قليلة فقط على التجربة في ذروتها ، فإن القساوئ الأشد حساسا هو : هل ستستطيع البلاد أن تحقق الفرض المنشود بخفض معدل المواليد إلى ٢٥ لكل ألف من السكان ؟ إن المعتقد أن الجواب هو : « نعم » ، فبالرغم من أن معدل منع المواليد الذي أنجز في الأعراف المبكرة كان يقل بعض الشيء عن المطلوب لبلوغ ذلك الهدف ، فإن السكم والكيف في البرنامج يتحسنان بسرعة وسوف يحدثان ارتفاعا حادا في موانع المواليد السنوية . يضاف إلى ذلك ، أنه يجري سن تشريعات اجتماعية من شأنها أن تخلق طقسا جماعيا يصبح فيه مبدأ « الأسرة الصغيرة » ، أسلوبا للحياة ، وتنظيم الأسرة أمرا مشروعا بوجه عام . وقد تشرع قوانين لرفع سن الزواج وإباحة الإجهاض .

إن البرنامج يقدر أنه يتعامل مع كائنات بشرية ، وليس مع آلات . ويجب أحيانا أن نقاب العواطف على مقتضيات التعقل . وفي مجتمع الهندالديموقراطي ، يجب أن يقوم برنامج تنظيم الأسرة على أساس حرية الفكر والفعل ، وليس على أساس النظام الصارم . ورحلة الألف ميل يجب أن تبدأ بخطوة واحدة . والهند قد خطت تلك الخطوة الأولى . وبالإرادة والإيمان ، فإنها تمشي طريقها قدما صوب نهاية الرحلة .

باكستان : مجهود ضخيم في بلد ضخم انشر آدريس

إن باكستان دولة مستقلة اقتطعت من شبه القارة الهندية سنة ١٩٤٧ ، وهي مقسمة إلى مقاطعتين : باكستان الشرقية ومساحتها ٥٥٠١٢٦ ميلا مربعا ، وتبعد ألف ميل عن باكستان الغربية التي تبلغ مساحتها هي الأخرى ٣١٠٤٠٣ أميال مربعة . إن المناخ في الجناح الشرقى أقرب إلى مناخ المنطقة الاستوائية الحارة ، فهو حار وممطر ، ومتوسط معدل الأمطار التي تسقط في الغرب يصل إلى ٥٠ بوصة ، في حين أنها ترتفع إلى ٢٠٠ بوصة على مرتفعات آسام التي تقع في الشمال ، ويسقط ثلثا هذه الأمطار تقريبا في أثناء الرياح الموسمية الصيفية من يولية إلى سبتمبر . أما الجناح الغربى من باكستان فهو على عكس ذلك ؛ لأنه شبه جاف وحار في الصيف ، ويترأوح معدل سقوط الأمطار فيه من أقل من خمس بوصات في منطقة السند العليا في الجنوب ، إلى أكثر من ٢٥ بوصة في منطقة جبال الهالايا في الشمال ، كما أن سقوط الأمطار في الجناح الغربى يتركز في الشهور من يوليو إلى سبتمبر .

ويعتبر : الجوت ، والشاي ، والرز ، هي المحاصيل الزراعية الرئيسية في باكستان الشرقية ، بالإضافة إلى قدر كبير من الأخشاب التي تجمع من الغابات الساحلية ، ومن منطقة تلال شيتا جونج .

أما الفواكه السائدة في الجناح الشرقى فهي : المانجو ، والموز ، والاناناس .

والجناح الشرقى منطقة نهرية تحتفظها الروافد التي تكون دلتا أنهار ماجنابراهمبوترا والجناح . وأرض هذا الإقليم مسطحة إلى أقصى درجة ، يتبين هذا من معدل انحدار الأرض ، الذى يبلغ خمس بوصات فقط فى كل ميل .

ثم إن هناك محاصيل الجناح الغربى ، وهى : القطن والقمح ، والرز ، وقصب السكر ، وحدائق الفاكهة . وكل هذه المحاصيل — ما عدا القمح وبعض حدائق الفاكهة — تنمو فى إطار نظام الري ربما بعد أضخم نظام متاح للري فى العالم ، فهو ينطى أكثر من ١٧ مليون فدان . والمنطقة المستفيدة بنظام الري هذا تمتد بياض من نهر الإندوس وروافده الرئيسية الخمسة وهى : السلج ، والبيز ، والرافى ، والكاباب ، والجيلم ،

وكانت الشروط التى تنص عليها اتفاقية حوض الإندوس مع الهند هى تحويل مياه الأنهر الثلاثة الأولى إلى الهند ، واستبدال هذه المياه بمياه النهرين الآخرين والمياه الجوفية التى تم اكتشاف مصادر كثيرة منها .

وقد وصل التعداد الإجمالى لسكان باكستان بمجناحيها إلى ١٢٥ مليون نسمة ، وبمراوح معدل الزيادة السكانية بين ٢٫٨ فى المائة ٣ فى المائة فى السنة وفى سنة ١٩٥١ كان عدد السكان الإحصائى ٧٥ مليون فقط ، لكنه زاد إلى ٩٥ مليوناً خلال عشر سنوات .

وقد قدرت لجنة التخطيط أن هذا الرقم الأخير يقل عن الواقع بمقدار ستة ملايين ونصف مليون نسمة ، كان من الممكن أن تعطى رقماً حقيقياً لتعداد السكان يقرب من ١٠١٫٥ مليون فى سنة ١٩٦١ .

والجناح الشرقى ، وهو الجناح الأقل مساحة ، تصل نسبة هدد السكان فيه إلى ٥٥ فى المائة من إجمالى السكان ، ومن بين مجموع السكان يدين ٨٨ فى المائة بالديانة الإسلامية ، وهناك ٨٤ فى المائة يسكنون المناطق الريفية ونسبة الأمية ٨٠ فى المائة

ويبلغ متوسط دخل الفرد أقل من ٥٠٠ روبية في السنة ، أى ما يوازي نحو ١٠٠ دولار في الولايات المتحدة .

وفي سنة ١٩٦٥ ، في بداية الخطة الخمسية الحالية ، قدر معدل المواليد بـ ٥٠ في الألف في السنة ، وعدد الوفيات بـ ٢٠ في الألف في السنة ، أى إن الزيادة الطبيعية بلغت ٣٠ في الألف في السنة ، وهى من أعلى معدلات الزيادة في العالم . وفي سنة ١٩٦١ كان عدد الأطفال تحت سن ١٥ سنة يمثل ٥٤ في المائة من عدد السكان ، وبمقارنته بالدول الغربية نجد أن هذا العدد يصل ٢٥ في المائة و ٣٠ في المائة من عدد السكان كحد أقصى ، وهذا العبء الكبير من القوى غير المنتجة ، يزيد من نفقات الاستهلاك والصحة والتعليم والخدمات الاجتماعية الأخرى . وبذلك يقلل المدخرات المخصصة للتنمية . وخلال الخطة الخمسية الثانية ، فإن معدل النمو الاقتصادى كان ٥٤ في المائة في السنة ، لكن أكثر من ٥٤ في المائة كانت تضاعف هباء في الخدمات نتيجة الزيادة السكانية . وهكذا تم ، وبصعوبة شديدة ، رفع دخل الفرد إلى أكثر من روبية واحدة في اليوم .

وقد قدر النمو الاقتصادى فى مدى خطة التنمية الثالثة فى سنة ١٩٦٥ — ٧٠ بـ ٧ في المائة إلى ٨ في المائة ، لكن الزيادة فى متوسط دخل الفرد ستكون مرة أخرى مجرد زيادة اسمية مالم يحدث انخفاض جوهري فى معدلات المواليد . والانخفاض فى معدل المواليد يجب أن يرتفع إلى أكثر من مليون نسمة فى السنة النهائية لخطة التنمية الثالثة (١٩٧٠) ، وذلك إذا أريد لمعدل المواليد أن ينخفض من ٥٠ في الألف في السنة إلى ٤٠ في الألف .

وكان الرئيس الأسبق محمد أيوب خان يهتم اهتماماً شديداً بالمشكلة السكانية ، وقد أعطى موافقته وكل تعاضده البرنامج تنظيم الأسرة ، وكانت نادراً ما يتحدث في المجتمعات العامة أو في دورات انعقاد البرلمان ، أو يلقي ببيانات في الراديو ، دون أن يذكر أهمية البرنامج . وتعتبر باكستان إحدى الدول

القليلة التي كانت تؤيد البرنامج تأييدا سياسيا متحررا بجانب تكريس كل جهود البحث والتحليل التعرف على جوانب هذه المشكلة . وكان لمبادرة رئيس الدولة في تأييد البرنامج بتبجعة هامة ، فقد تم إنشاء قسم مستقل لتنظيم الأسرة ، وذلك لضمان سرعة تطبيق البرنامج في هذا الميدان .

بدء حركة تنظيم الأسرة — أ :

وقبل سنة ١٩٦٥ كان هناك بعض البرامج الاختيارية في باكستان ، وكانت تنافى معونة حكومية بسيطة . وفي سنة ١٩٥٢ ، تأسست جمعية باكستان لتنظيم الأسرة في لاهور ، وفي السنة التالية تم إنشاء جمعية أخرى في دكا ، ومن خلال هذا البرنامج تم افتتاح عدد قليل من العيادات لتنظيم الأسرة . كما تم تنفيذ بعض البرامج التعليمية والإعلامية لترويج فكرة تحديد نسل الأسرة . وقبل عام ١٩٥٥ كان نشاط جمعية تنظيم الأسرة يلقى تأييدا معتدلا فقط من قبل الحكومة .

وفي خلال الخطة الخمسية (٦٠-١٩٦٥) تم تخصيص مبلغ نصف مليون روبية من الحكومة المركزية لدعم محاولات تنظيم الأسرة . وقد خصص هذا المبلغ لتوفير مساعدات عملية لأولئك الذين اتخذوا — من جانبهم — قرارا بالبدء في تنظيم نسلهم . وفي سنة ١٩٥٩ وافقت اللجنة الاقتصادية لمجلس الوزراء على أول مشروع نموذجي لتنظيم الأسرة ، باعتماد قدره ٩٠٠ ألف روبية .

ومع بداية الخطة الخمسية الثانية اتخذت الحكومة خطوات جريئة للحد من الزيادة السكانية باعتماد مبلغ ٣٠٥ مليون روبية للبرنامج القومي الذي تم إشاؤه ليكون جزءا مكملًا لخدمات الصحة العامة ، وكانت الأهداف المحددة للبرنامج هي ما يأتي :

١ — تنظيم ١٢ مليون أسرة في فترة الخطة المحددة ، أو نحو ١٠ في المائة من السيدات في سن الإنجاب .

٢ - إنشاء ٣٠٠٠ مركز لتنظيم الأسرة في مراكز الخدمات الصحية الموجودة والعمل على إيجاد نظام لتوزيع وسائل منع الحمل .

٣ - تدريب العاملين من المرجحين والمتقنين والفنيين المطارين بحيث تضم البرامج التدريبية ١٣٠٠ شخص من العاملين في ميدان الصحة (من أطباء وممرضات ومولدرات وذاثرات صحيات) كل سنة .

٤ - العمل على تشجيع البحوث والمشروعات الإدارية في ميدان تنظيم الأسرة

ومن خلال المشروعات النموذجية ومناشط البحث الأخرى ، فإن البرنامج زود عدداً كبيراً من العاملين المتخصصين بالخبرة . وتم إنشاء عدد كبير من عيادات تنظيم الأسرة في البلاد ، فأقيمت خمس مؤسسات تدريبية للبحث ، كما بدأ مركز البحوث القومية لتنظيم الأسرة عمله . وخلال هذه الفترة تمت دعوة ثلاث مجموعات من خارج البلاد للقيام بالقاء مراكز البحث والقيام بأعمال تطبيقية .

وكانت هذه المجموعات تتبع مشروع جامعة جونز هوبكنز للبحوث الاجتاهية والطبية التي أنشأت وحدات في لاهور ، ، ومشروع جامعة كاليفورنيا للثقافة الصحية بوحداته ومراكزه في دكا ، ، ومشروع رعاية الأسرة السويدى - الباكستانى بوحداته في : كراتشى ، وحيدر آباد ، ولاهور ، ودكا وشيتا جونج .

وكانت النتائج التي توصل إليها برنامج تنظيم الأسرة خلال الخطوة الثانية (١٩٦٥ - ١٩٦٥) متواضعة ، ولم تحقق كل الأهداف المرجوة . لكن يجب أن يوضع في الاعتبار أنه كان يستخدم طول هذا الوقت الوسائل التقليدية لمنع الحمل فقط ، بجانب أن الأطباء والموظفين الصحيين كانوا متقنين بأهلياء العملي في العيادات ، لذلك فإنهم لم يمعوا الاهتمام الكافي لبرامج تنظيم الأسرة .

الخطوة الخامسة الثالثة :

إن خطة إدماج تنظيم الأسرة بالخطة الخمسية الثالثة تم إعدادهما بواسطة وزارة الصحة والعمل والشئون الاجتماعية في بداية سنة ١٩٦٥ . وكانت الخطة تتضمن سنة عوامل رئيسية أساسية تم استخلاصها من التجربة المكتسبة خلال فترة الخطة الثانية .

١ — يجب أن يعتبر البرنامج نشاطا إداريا، لا مجرد برنامج علاجي مبدئي.

٢ — يجب أن يؤسس على أنه عملية مستقلة لتأكيد وضمان سرعة اتخاذ القرارات وتطبيقها .

٣ — العمل على تأكيد اللامركزية وحرية تنفيذ القرارات .

٤ — يجب أن تكون هناك صورة واضحة وشاملة للناطق على أساس مدى استعداد الناس بها لقبول تنظيم الأسرة ، وعلى أساس القوة التنظيمية للتطبيق .

٥ — يجب أن تكون وسائل منع الحمل في متناول الجميع حتى عبء كل بيت ، وأن يكون الثمن معقولا .

٦ — يجب أن يدعم البرنامج بحملة دعائية كبيرة ، وأن يقوم بالجهود التعليمية والإقناع من خلال الاتصالات الفردية والجماعية على مستوى القرية .

إن الهدف الأدنى الذي وضعه البرنامج هو تخفيض عدد المواليد بمقدار ٢٠ في الألف من المعدل المقدّر بـ ٥٠ إلى ٤٠ في الألف من عدد السكان . وإذا افترضنا أنه سوف يحدث انخفاض في معدلات الوفيات من ٢٠ إلى ١٥ في الألف من السكان ، فإن النتيجة سوف تكون انخفاضا واضحا في معدل النمو من ٢ إلى ٢.٥ في المائة . وكان من المقرر لهذا الهدف أن يتحقق عن طريق

جعل خدمات تنظيم الأسرة في متناول كل الناس بحلول سنة ١٩٧٠ . وبطريقة مبدئية ، فإن المناطق القليلة السكان عند حدود باكستان الغربية وسلاسل تلال شيتا جويج بباكستان الشرقية قد تم استئناؤها ، ولكن هاتين المنطقتين قد تم ضمهما إلى البرنامج بالتدريج .

وكانت الخطوة الاولى تعمل على ضرورة نشر البرنامج من ٣٣ إقلياً (نعم ٦٥ في المائة من السكان) في السنة الأولى ، إلى ٥٢ إقلياً في سنة ١٩٧٠ . وقد كانت احتياجات الجماهير هي التي دعت إلى ضرورة زيادة مدى معدل الانتشار ، وكان قد تم ضم ٥٢ إقلياً إلى البرنامج في بداية يوليو سنة ١٩٦٨ .

وقد قدر أنه في سنة ١٩٧٠ سوف يكون هناك ٢٠ مليون سيدة في سن الإنجاب في البلاد ، لذلك فإنه في سنة ١٩٧٠ سوف يعمل البرنامج على أن تصل إلى هؤلاء السيدات المعلومات والبرامج التعليمية حول تنظيم الأسرة ، والعمل على زيادة نسبة توزيع المبيعات ، وتسهيل العمل في العيادات ، وذلك حتى تقدم وسائل منع الحمل والخدمات بكل سهولة إلى كل الأزواج والزوجات .

البناء التنظيمي :

ونتيجة لإعطاء البرنامج أسبقية مطلقة ودعماً قوياً من السلطة التنفيذية فقد أمكن إنشاء جهاز إداري يعمل بكفاية وله مسئوليات محددة على مختلف المستويات . وعلى المستوى المركزي تم إنشاء مجلس تنظيم الأسرة الباكستاني كهيئة مستقلة تخضع لقسم تنظيم الأسرة ، يرأسه وزير تنظيم الأسرة المركزي . ويعمل كمنائب للرئيس وزيراً للصحة في الإقليمين الشرق والغربي . ويطلق بالمجلس عدد من السكرتيرين المركزيين وعدد من الموظفين غير الرسميين . ويعمد سكرتير قسم تنظيم الأسرة عضواً في المجلس والرئيس التنفيذي له . أما وظائف المجلس الأساسية فتتمثل في التالي :

١ — وضع سياسة البرنامج وتخطيطه والقيام بعمليات التنفيذ الشاملة .

٢ - أعمال البحوث والتقويم والتدريب .

٣ - التنسيق .

٤ - الحصول على مستلزمات المشروعات مع العملات الأجنبية وإدارة هذه الأموال .

• - تقديم المشورة للحكومة المركزية حول تنظيم الأسرة .

ويقع مكتب سكرتير قسم تنظيم الأسرة في إسلام آباد ، كما يوجد مكتب فرعي في كراتشي تحت رعاية المدير العام ، وهو طبيب ، وهذا لتنظيم عملية الاتصال اللازمة في مجال البحث مع المركز الطبي العالي في كراتشي ، أما نائب السكرتير ونائب المدير العام فتوجد مقارهما في كراتشي ، على حين توجد مكاتب المدير العام للتنسيق ومدير التنسيق مع مكتب السكرتير في إسلام آباد . أما الوحدات الثلاث الهامة للجلس المركزي - وهي معهد البحوث الوطنية لتنظيم الأسرة ، ووحدة التقويم المركزي لتنظيم الأسرة في باكستان الشرقية ، ووحدة التقويم المركزي الغربية ، فهي في : كراتشي ، ودكا ، ولاهور . وبالإضافة إلى تلك الوحدات فإن مركز البحوث والتقويم في باكستان الغربية ، ومركز البحوث والتقويم في باكستان الشرقية يعملان في لاهور ودكا تحت الرقابة المباشرة لسكرتير قسم تنظيم الأسرة . وفي كل إقليم يوجد مجلس إدارة إقليمي لتنظيم الأسرة ، يرأسه وزير الصحة ومعه سكرتير الوزارة كنائب الرئيس ، كما يعمل السكرتير المساعد لتنظيم الأسرة كسكرتير للإدارة . والآخر هو الرئيس الإداري للبرنامج والمستول عن توفير كل الإمكانيات اللازمة له في الإقليم ، ونائبه الرئيس طبيب .

والحلقة الأخيرة في سلسلة هذه التنظيمات الإدارية هي مجلس إدارة تنظيم الأسرة في المقاطعة ، الذي يرأسه نائب مفتش المقاطعة . أما سكرتير المجلس فهو الموظف المشرف على البداية والتنفيذ . أما المشرف الصحي للمقاطعة والطبيب والجراح فهم أعضاء في هذا المجلس أيضا . والموظف المختص بالدعاية والتنفيذ يعتبر المدير الفعلي للمقاطعة ونائبه الرئيسي طبيب .

إن مجلس المقاطعة له ثلاث وظائف رئيسية :

١ — الدعاية والتثقيف .

٢ — توزيع وبيع وسائل منع الحمل .

٣ — تزويد الميادات بالخدمات والإمكانات .

ويقوم الموظف المختص بالدعاية والتثقيف بإعداد تقرير شهري حول الناحية الطبية وما حققه المشروع فيها ، ويقدمه إلى سكرتيرة الإقليم والسكرتير العام في منتصف الشهر التالي . ويتم تجميع هذه التقارير ومراجعتها على المستوى الإقليمي ، ثم يقوم المكتب المركزي بإعداد تقرير نهائي ليعرض على الرئيس . وهذا التقرير يتضمن كل ما حققه البرنامج وينشر بمدونة أساييع بعد انتهاء العمل الشهري ، وبمعمل تحت إدارة المشرفين على الدعاية والتنفيذ ١٠٠ ألف موظف ، وهؤلاء الموظفون أربع فئات :

١ — الأطباء والعاملون في الميدان الصحي من ممرضات ومولدات ، وهم يمثلون الهيئة العاملة في الميادات ، ويقومون بالإجراءات العلاجية التي تدربوا عليها تدريباً خاصاً ، ويتم تسجيلهم في مجلس إدارة تنظيم الأسرة في المقاطعة . وبعضهم يتم تعيينهم بواسطة المجلس للعمل بالعيادات طول اليوم ، لكنهم يتلقون جميعاً أجراً نظير أعمالهم .

٢ — مشرفون تنظيم الأسرة ومساعدوهم ، وهم أعضاء المجلس والمسؤولون عن تنظيم برامج التثقيف والترويج على المستوى المحلي ، وكذلك توزيع وسائل منع الحمل التقليدية ، وتنظيم المسكرات التي تتم إقامتها في مناطقهم لترتيب الزاقي الرحي .

٣ — القيادة النسائية ، وهي المسئولة الأولى عن التوعية على المستوى المحلي . وهي سيدة من المنطقة ويتم اختيارها لأنها معروفة جيداً في القرية . ويكون قد سبق تدريبها على استخدام الوسائل التثقيفية المبسطة ، وعلى مزايا

ومضار وسائل منع الحمل المختلفة . وهى تقوم أيضا ببيع وسائل منع الحمل والمسئولة الأولى التى تشير على النساء بتركيب «الواقى الرحمى» . وهى تتقاضى أجراً رمزياً قدره ١٥ روية فى الشهر وممولة عن جميع المبيعات ، بالإضافة إلى مكافأة عن جميع السيدات اللاتى أشارت عليهن بالتردد على الميادة ويقبلان تركيب «الواقى الرحمى» .

٤ - الوكيل ، ويكون عادة صاحب محل فى القرية أو صاحب مشرب الشاي ، ويكون قد سبق اعتاده كوزع لوسائل منع الحمل التقليدية مع التزامه ببيعها بأسعار الحكومة المخفضة .

وعند هذه المرحلة فإنه من الضروري إعادة التأكيد بأن برنامج تنظيم الأسرة يعمل كنظمة مستقلة تحت الشروط والقواعد المالية السائدة بالحكومة . وهذا يجعل من السهل إعادة توزيع المبالغ فى إطار الميزانية العامة ، دون الرجوع إلى الإدارة المالية ، وهذا يعطى مرونة لآى تغييرات يتطلبها البرنامج . وكل الأشخاص الذين يعملون فى البرنامج ، إما مسجلون فى مجلس المقاطعة ، وإما موظفون بواسطته . وتقدم الخدمات الطبية الخاصة بوسائل منع الحمل مجاناً للرضى ، كما يحدث بالنسبة للخدمات الطبية الأخرى . لكن الطبيب يحصل على أجر من مجلس المقاطعة نظير عمله . وكل وسائل منع الحمل التقليدية تباع بأسعار مخفضة مثل : (الحاجز الذكري ، والحبوب الفوارة ، والكريمات) لكن الذين يقومون بعملية البيع يحصلون على ربح معقول .

البرنامج التدريبي

ومن طريق استخدام الهيئة العاملة التى اكتسبت خبرة فى برامج تنظيم الأسرة خلال الخطة الخمسية الثانية ، وبجانب المساعدات القيمة التى قدمها الخبراء الأمريكيون والهندويون تم تنفيذ برنامج ضخم لتدريب فى يونيو ويوليو وأغسطس سنة ١٩٦٥ ، حيث تم تدريب الفاعلين فى الميدان الطبي

على تركيب « الواقى الرسمى » فى مختلف العيادات التى تم إنشاؤها خلال المرحلة السابقة للبرنامج . أما ضباط الاتصال التنفيذيون الاقليميون ومشرفو تنظيم الأسرة فقد تم تفهيم لفلسفة تنظيم الأسرة ، كما تم تدريبهم على القيام بالمهام المختلفة التى تتطلبها المهام الموكولة لبلهم ، بما فى ذلك القيام ببرنامج تدريبي على مستوى العاملين فى القرية تمهيداً لتجنيدهم للعمل فى المشروع . وبعد ذلك بدى ، فى تجنيد القيادات النسائية تحت إشراف رؤسائهم للتدريب على وسائل التثقيف والترغيب واسترعبوا فلسفة تنظيم الأسرة استيعاباً كاملاً .

ونتيجة للخبرة التى اكتسبت فى التدريب العام فقد بدأ نظام التدريب الداخلى ، ومن خلال هذ التدريب كان كل العاملين ينظمون فى دورة تدريبية مرة كل سنة على الأقل بتزويدهم بأحدث المعلومات . وكان برنامج تدريب العاملين يشمل توفير دراسات تدريبية أكاديمية لهيئة صفراء الموظفين الصاعدة فى الجامعات الأهلية ، وكذلك فى جامعات الولايات المتحدة ، والسويد ، والمملكة المتحدة وفى دول أخرى .

البحث والتقييم :

وفى أثناء تطبيق مشروع تنظيم الأسرة فى باكستان ، كانت عمليات البحث والتقييم تقوم بها مؤسسات داخلية تم إنشاؤها لهذا الغرض المحدد ، واتخذت الاحتياطات فى إطار التنظيم لاستمرار الحصول على إحصائيات متتابعة وتحليلها . وفى نفس الوقت للقيام ببحوث متعلقة بالمشكلات التى تظهر يوماً بعد يوم فى أثناء العمل فى المشروع . وكذلك فإن التنظيم قد شجع وأعطى مساندته الوكالات الأخرى لىكى تحصل على المعلومات التى يمكن أن يستفيد منها المشروع .

وقد تطورت هيئات البحث التى ارتبطت بمشروع تنظيم الأسرة على مدى السنوات العشر الأخيرة ، كما تم تفهم وظيفة هذه الهيئات ومستوياتها .

وإذا تناولنا بإيجاز وضع باكستان فإننا نجد أن البحث والتطوير قد احتفظت بها الحكومة المركزية على أن تقوم بتنفيذها تحت إشراف مجلس تنظيم الأسرة . كما أن المركز القوي لبحوث تنظيم الأسرة قد أعطى مسؤوليات التسبق التي تمارس عن طريق حلقة بحوث شبه سنوية تخدم هدفا مزدوجا ، كقاعدة تستقبل نتيجة البحوث ، وكذلك لتطوير مجالات خطط البحوث المستقبلية .

وفي أثناء تنفيذ الخطة الخمسية الثانية ، تم إنشاء مركز البحوث والتطوير في كل إقليم كشروع مشترك بين الحكومة وإحدى الجامعات التي يتعاقد معها لإعداد هيئة المركز . وعندما بدأ تنفيذ هذا المشروع الحالي استمر التعاقد مع الجامعات ، وتم إنشاء وحدة تطوير في كل إقليم . وبالإضافة إلى ذلك توجد خمسة معاهد للتدريب والبحوث ، ثلاثة منها في الجناح الشرقي ، والآخرون في الجناح الغربي . وهذه المعاهد تعمل تحت إشراف المجلس الإقليمي ، وهي مسئولة أولا عن التدريب ، ولكن من سلطاتها أيضا القيام بالبحوث الضرورية لتطوير وتحسين برنامج التدريب .

مشكلات التمويل والتعاون الدولي :

بلغت نفقات التي تكلفها تنظيم الأسرة في أثناء الخطة الخمسية الثالثة ، ٢٨٤ مليون روبية ، منها ١٣٧ مليون روبية سوف تنفق في باكستان الغربية ، و ١٣٦ مليون روبية ستنفق في باكستان الشرقية ، أما الجزء الخاص بالعملات الأجنبية فقد وصل إلى ٧١ مليون روبية ، أي ٢٥ في المئة من المبلغ الإجمالي ، وسوف تنفق على وسائل منع الحمل وشراء السيارات ومعدات العناية السمية والمزمنة والمؤن والأدوية ، والتدريب الحديث للعاملين في البرنامج والخدمات الاستشارية .

إن الجزء الخاص بالعملات الأجنبية تسهم فيه الوكالة الأمريكية للتنمية العالمية ، والأمم المتحدة ، والوكالة السويدية للتنمية العالمية ، وبريطانيا ،

وهولندا، والمجلس السكاني، ومؤسسة فورد والاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة وكذلك عدد من المتبرعين الخصوصيين الذين تبرعوا للبرنامج بمبالغ كبيرة من العملات الأجنبية .

ما حققه البرنامج :

وعلى مدى ثلاث سنوات وأربعة أشهر ، منذ بدأ البرنامج عمله — أى من سبتمبر سنة ١٩٦٥ حتى نهاية ديسمبر سنة ١٩٦٨ — وصل العدد الإجمالي لعمليات تركيب الوالب إلى ٢٠٥٨٣٦٨ عملية ، أى إنها حققت ٦٦٣٦ في المئة من هدف خطة السنوات الخمس . وقد تم إجراء ٩٠٤٠٠٧ عملية من هذه العمليات فى باكستان الشرقية و ١٤٤٣٤٦١ فى باكستان الغربية . وازدادت نسبة متوسط عدد العمليات الشهرية من ٢٥٠٠٠ عملية فى السنة الأولى ، ثم ارتفع إلى ٤٩٠٠٠ فى السنة الثانية — ثم ألفا فى السنة الثالثة . والمتوسط الحالى لعدد العمليات شهريا يبلغ أكثر من ٧٣٠٠٠ عملية .

وفوق ذلك أجريت ٦٠٠٧٤١٠ عملية تعقيم دائم فى نفس الفترة لأشخاص ، بناء على رغبتهم ، ومن مجموع تلك العمليات أجريت ٥٤٦٠٤٧٢ عملية فى باكستان الشرقية ، و ٥٤٣٧٥٥ عملية فى باكستان الغربية . أما بالنسبة لما يحدث حاليا فإن برنامج التعقيم الدائم قد ازداد شعبية فى باكستان الشرقية ، ولا تزال الجهود مستمرة لنشر التعقيم الدائم فى باكستان الغربية ، على أن عمليات بيع وسائل منع الحمل التقليدية فى نفس الفترة حققت أيضا تقدما ؛ فقد وصلت إلى ٣١٤٣٥ مليون وحدة بيعت منها ١٥٧٣٧ مليون وحدة فى باكستان الشرقية ، و ٢٣٦٣٨ مليون فى باكستان الغربية . وهذه الأرقام تدل على أن أربعة ملايين زوج وزوجة فى سن الإنجاب قد انضموا فعلا إلى البرنامج، على حين كان الهدف هو الوصول إلى خمسة ملايين سنة ١٩٧٠ .

وما زال عدد الذين يستخدمون وسائل منع الحمل عن طريق الفم غير معروف ، لأن الحبوب يسهل الحصول عليها من المحلات التجارية ، كما أنها متوافرة في عدد من هيئات تنظيم الأسرة ، لكن بشئ عالى إلى حد ما . وتدل التقدير على أن المبيعات الشهرية من خلال الجهات الرسمية قد بلغت أكثر من ثلاثة آلاف شريط حبوب منع الحمل . أما التقديرات غير الرسمية للبيع من خلال الأطباء الخصوصيين ودائرة الموزعين فقد وصلت إلى أكثر من ٦ آلاف شريط كل شهر . وباختصار فإنه مع نهاية سنة ١٩٧٠ كان هناك من ١٨ إلى ٢٠ مليون زوج وزوجة فى سن الإنجاب فى باكستان يجب أن يكون ٢٥ فى المئة منهم حاضمين لبرنامج تنظيم الأسرة .

تركيا : الاستجابة لمطالب الشعب تيرجسته متينر

عندما استقلت تركيا سنة ١٩٢٢ كانت الدولة قد دمرت بسبب اثني عشر عاما من الحروب المريرة . وفي ذلك الوقت كان من الضروري بالنسبة للبلد الجديد العمل على زيادة السكان لاستخدامهم في تنمية موارده الطبيعية ، وعلى ذلك بقى معدل المواليد في العشرينيات والثلاثينيات ضئيلا للغاية لا يتعدى ٢ في المئة أو أقل لفترة طويلة ، ثم قفز ارقم لحاة إلى ٣ في المئة في منتصف الخمسينيات .

ويرجع سبب النمو البطيء لمعدلات الزيادة السكانية في تركيا إلى ارتفاع نسبة الوفيات التي اتخذت صورا شتى ، أهمها وباء الملاريا الذي استشرى في الأربعينيات ، وأيضا بسبب الكوارث الطبيعية المتتالية ، مثل : الزلازل ، والفيضانات . وثمة عامل آخر أسهم في ذلك هو وجود عدد كبير من الرجال في الخدمة العسكرية في ذلك الوقت .

ولكن بعد الحرب العالمية الثانية انخفضت نسبة الوفيات بسرعة ، فقد تم القضاء على الملاريا ، وأدى اختراع المضادات الحيوية ، وتقديم الخدمات الحكومية الصحية للطفولة ، إلى انخفاض نسبة الوفيات بصورة تامة . وتبع هودة الرجال من الخدمة العسكرية زيادة عدد الزيجات التي تمت ، وبالتالي زيادة عدد الأطفال ، مثل ما حدث في كل الدول الأخرى .

وعند هذه النقطة بالذات صار واضحاً — لدى بعيدى النظر من المسؤولين الاتراك — أنه لا بد من صدور قانون يجعل خدمات تنظيم الأسرة منتشرة في كل أنحاء تركيا لمساعدة كل أسرة تركية على إنجاب العدد الملائم من الأطفال . وكان سبب هذا التغيير في الاتجاه هو أن كل الأسر في تركيا أصبحت كبيرة الحجم بدرجة تؤثر في سعادتها الفردية . وأكثر من ذلك صار معروفاً أن أعداداً كبيرة من حالات الإجهاض كانت تتم كل عام . وبالرغم من أن عدد هذه الحالات كان غير معروف على وجه التأكيد ، إلا أنه في أغلب الظن قد وصل إلى حوالى نصف مليون حالة إجهاض سنوياً ، تنجم عنها عشرة آلاف حالة وفاة بسبب مضاعفات الإجهاض المتعمد التي تقوم به السيدة بنفسها . وقد تسبب ذلك في انتشار الأمراض والبؤس نتيجة وفيات الأمهات من الأسر كبيرة الحجم .

وهناك عامل آخر كان ذا تأثير في الرغبة في اتخاذ إجراءات تنظيم الأسرة ، هو ازدياد الكفاية الميكانيكية في ميدان الزراعة التركية . فقد بدأ المحراث القديم الذي تجره الثيران ، والجرن يخليان الطريق للفلاح الذي يستخدم الجرار وآلة الحصاد والبراس ، وكانت النظم القديمة للزراعة تتطلب عشرة رجال للقيام بعمل شاق في الأرض ينزل في النهاية ما يكفي لإطعام شخص واحد فقط يعمل في المدينة . لكن بواسطة الجرار وآلة الحصاد والبراس أمكن للزارع الواحد أن يفتح ما يكفي لإطعام ٤٠ شخصاً يعملون في المدينة . وبعبارة أخرى فإن طرق الزراعة الحديثة أدت إلى استخدام جيلٍ من قوة العمل التي كانت مطلوبة من قبل . وقد أدت هذه العملية إلى سرعة انتقال الناس للمعيشة في الحضر ، مما خلق وضعا جديداً . فقد أصبح نصف سكان المدن الكبيرة في تركيا يعيشون في أحياء فقيرة أشد من ذلك وقت قريب ، ولم تتوافر في هذه المدن تربية الإقامة الملائمة ، أو الأجور التي تكفل إعالة الأسر كبيرة الحجم .

وكان معنى زيادة معدل السكان بنسبة ٣ في المئة سنوياً هو أن يتضاعف

عدد سكان تركيا كل ٢٣ سنة . وفي سنة ١٩٦٨ ولد مليون طفل ، أى ٢٨٠٠ طفل في اليوم ، أو طفل كل دقيقة . ومعظم هذه المواليد يعيشون حتى يبلغوا سن الشباب . ويعنى ذلك أنه إذا كان عدد سكان تركيا في سنة ١٩٦٨ قد وصل إلى ٣٥ مليون نسمة تقريبا ، فإنه من المتوقع أن يصل عددهم سنة ١٩٩١ إلى ٧٠ مليون نسمة ، وفي سنة ٢٠١٤ سيكون هناك ١٤٠ مليون نسمة في تركيا . وهذا في حالة عدم تنفيذ برامج تنظيم الأسرة . لكن إذا أمكن خفض معدل المواليد إلى ٢ في المئة في السنة فإنه في سنة ٢٠١٤ سيكون عددهم ٩٢ مليون نسمة فقط ، بدلا من ٤٠٠ مليوناً . وهؤلاء الـ ٩٢ مليوناً ستكون لديهم فرص أحسن وأكثر رفح مستوى معيشتهم .

وهناك ميل بين الناس يدعوم إلى أن يتخيلوا أنه إذا كان معدل الزيادة في الناتج القومى لبلد من البلاد يزداد على معدل الزيادة في عدد السكان ، كان معنى هذا زيادة الرخاء في ذلك البلد . لكن ليست هذه هي الحقيقة ؛ لأن الزيادة السكانية ستكون من الأطفال الذين يحتاجون إلى توفير الغذاء والكساء لهم ، بجانب الخدمات الأخرى التي تتطلب نفقات عالية مثل التعليم لمدة ٢٠ سنة ، وذلك قبل أن يستطيعوا الإسهام في اقتصاد البلاد . والحقيقة أن البلاد لا تبدأ تقدمها من ناحية القدرة الاقتصادية إلا إذا كان معدل الزيادة في لإجمالي الناتج القومى يمثل الزيادة الطبيعية في السكان عدة مرات .

وفي سنة ١٩٦١ بدأت الترتيبات لإعداد قانون تنظيم الأسرة الجديد الذي كان مرحلة ضرورية لبدء حركة تنظيم الأسرة . وبدأ أيضاً تعاون وئيق بين المسؤولين في وزارة الصحة وبين بعض المواطنين الذين كانت لديهم نظرة بعيدة نحو فهم المشكلة الكبرى لتركيا . وقامت جمعية تنظيم الأسرة بتقديم عدة محاضرات حول المشكلة السكانية ، ثم عقدت مؤتمراً قومياً لتنظيم الأسرة .

وبناء على طلب الحكومة فإن المجلس السكان قام بعملية مسح اجتماعى لتعرف معلومات الناس عن تنظيم الأسرة ، ومواقفهم لإزائها ، والوسائل

المستخدمة في تنظيم الأسرة في شق أنحاء البلاد . وقد تم إعداد هذا المسح في سنة ١٩٦٣ . وأثبتت التقارير أن الأغلبية الساحقة من السيدات في المناطق الريفية يرغبن في أن تتولى الحكومة تنفيذ مشروع تنظيم للأسرة . وقد أظهر الجانب الديموجرافي من هذا المسح أنه من الممكن خفض معدلات المواليد في تركيا بنسبة ١٠ في المئة في خلال خمس سنوات . ومعنى ذلك أنه يجب أن يستخدم مليون زوج وزوجة في سن الإنجاب وسائل منع الحمل بصفة منتظمة في خلال مرحلة من الزمن لا تقل عن خمس سنوات .

لذلك فإن قانون تنظيم الأسرة الذي وضع في أبريل سنة ١٩٦٥ كان نتيجة تعارن الجهود المشتركة بين الحكومة والهيئات الخاصة ، عن طريق عقد الحلقات الدراسية ، والمؤتمرات المتعددة . وتعتمد أسس هذا القانون على أن من حق كل زوجين إنجاب العدد الذي يرغبان في إنجابيه من الأطفال . وأعطى القانون سلطة ومسئولية تكوين برنامج قوى لتنظيم الأسرة لوزارة الصحة بالتنسيق مع الهيئات الرسمية والتطوعية .

وفي ظل هذا القانون تم إنشاء قسم لتنظيم الأسرة ملحق بوزارة الصحة ، ولجنة عليية تقوم بدور استشاري للمجلس الطبي الأعلى ، وأعضاؤها من أساتذة الجامعة ووزارة الصحة نفسها . وقد تلا ذلك افتتاح ١٠ عيادات تجريبية لتنظيم الأسرة في أنحاء متعددة من تركيا . وبعد متابعة استمرت ستة أشهر ، قررت اللجنة العلية الترخيص ببيع نوعين من وسائل منع الحمل عن طريق الفم في تركيا ، وسمحت باستخدام المولب البلاستيك داخل الرحم المعروف باسم « لولب ليبس » .

ومنذ ذلك الوقت تم الترخيص لوسائل أخرى لمنع الحمل ، ولكن بعد أن تم بدة اختبارات عن طريق لجنة وسائل منع الحمل الطبية ، ويتم تحليلها في معامل الحكومة ، وبعد الحصول على موافقة اللجنة العلية باستخدامها . والآن فإن حبوب منع الحمل عن طريق الفم والواقي الرحمي يتم تصنيعها

في تركيا ، وتوجد في الاسواق أربعة أنواع من وسائل منع الحمل عن طريق الفم . وفي الوقت الحاضر فإن أسلوب العمل الميداني في تنظيم الأسرة يجب اعتباره عملاً إضافياً ينفذه العاملون في مستشفيات الولادة وفي مراكز رعاية الأمومة والطفولة ، وفي عيادات أمراض النساء في المستشفيات المركزية . كما تم تدريب أطباء ٢٣ وحدة صحية في المناطق المتحضرة في الشرق ، وهكذا تم إنشاء ٢٥٨ عيادة لتنظيم الأسرة في كل أنحاء تركيا . وبالإضافة إلى ذلك تم تكوين ثلاث وحدات متنقلة ، لتنظيم الأسرة ، كل واحدة مكونة من سيارتين بمعداتهما ، وقد حققت الوحدات المتنقلة نجاحاً كبيراً في العمل في الأحياء الشعبية الفقيرة بالمدن الكبيرة وفي قرى الريف . ومن المحتمل أن يصبح الاتجاه في استخدام الوحدات المتنقلة هنصرأ أكثر أهمية من العيادات الثابتة لتنظيم الأسرة في تركيا .

ويوجد تعاون وثيق بين الإدارة العامة في الوزارة وجمعية تنظيم الأسرة في تركيا ، فقد كانت الجمعية تتولى إدارة عمليات الوحدات المتنقلة في منطقة كويك قرب أنقرة ، كما تحركت أخيراً إلى كريكال . وقد افتتحت جمعية تنظيم الأسرة ، وهجرها الرئيسي في أنقرة ، فروعاً لها في ٢٠ مقاطعة . وقد تضمنت المساعدات الخارجية معونات استشارية من الوكالة الأمريكية للتنمية العالمية ، ومن المحتمل أن تؤدي هذه المعونة في عام ١٩٦٩ إلى تقديم ٤٠٠ عربة إلى البرنامج . (وسوف يسبق تسليمها وضع نظام لتدريب السائقين على قيادتها) ، وقد قدم المجلس السكان معونة فنية ومادية واسعة للنطاق ، بينما قدمت حكومة السويد البرنامج كيات كبيرة من وسائل منع الحمل .

وفي سنة ١٩٦٧ تم إجراء ٨٩ ألف عملية تركيب للوالب الرحمي ، وحوالي ١٣٠ ألفاً في نهاية ١٩٦٨ بلغ عدد العمليات ١٣٠ ألف دولار . ومن هذا المجموع أجريت ١٣ ألف عملية تمت في مستشفى الولادة بأنقرة التي قامت بدور قيادي في ميدان خدمات تنظيم الأسرة بدعوى إلى الإعجاب . وبالإضافة إلى ذلك

تم بيع ٩٠ ألف شريط من حبوب منع الحمل عن طريق الغم شهريا في عام ١٩٦٨ ، كما وزعت المبادات الثابتة في أنحاء البلاد ٦٠٠ ألف شريط من حبوب منع الحمل عن طريق الغم من التي قدمتها السويد والمجلس السكاني ، وقد حققت الوحدات المتنقلة نجاحاً كبيراً في عامي ١٩٦٧ و ١٩٦٨ ، وخلال ٣ أسابيع قامت الوحدات المتنقلة بتكريب ألفي واق وحشي في مدينة استامبول .

وأحد مظاهر تنظيم الأسرة في تركيا هو التعاون الذي يتم بالتمسك الذي يبديه أهل القرى ، والذي يظهر من خلال مناقشتهم مع الزوار الذين يفسدون على القرى ليقدموا خدمات لتنظيم الأسرة . وفي تركيا كما هي الحال في البلاد الأخرى توجد رغبة حقيقية لدى أغلب المتزوجين لعمل شيء ما لتنظيم الأسرة . لذلك فقد تقرر إجراء تحقيق حول هذا الرأي العام .

وقد تم الحصول على أول معلومات في هذا الصدد في سنة ١٩٦٣ عندما ذهبت الحكومة التركية المجلس السكاني لمساعدتها في إعداد مسح اجتماعي لمعرفة رأى الناس ، ومعلوماتهم حول تنظيم الأسرة والأساليب المستخدمة . ولقد شمل البحث سؤال نحو خمسة آلاف شخص ينتمون إلى ٣٠٠ قرية ومدينة ، وأظهرت الإجابات أن ٦٠ في المئة من الأسر التركية تريد أسرة مكونة من ٢ إلى ٤ أطفال ، وأن معظم الأزواج الذين تزيد أعمارهم على ٣٠ سنة أو الذين تزوجوا منذ ١٠ سنوات ، لا يريدون مزيداً من الأطفال . ويتنبع آراء الناس إلى مدى أبعد وجد أن ٥٠ في المئة من السيدات و ٣٣ في المئة من السيدات و ٣٣ في المئة من الرجال قد فكروا فعلاً في العدد الذي يريدونه من الأطفال . أما الإجابات الخاصة بمدى معرفتهم بوسائل منع الحمل فقد كانت مثيرة للاهتمام ، فقد كانت تلك الإجابات إيجابية ، وأعرب ٦٧ في المئة من الرافضين و ٨٧ من سكان المدن عن رغبتهم في أن يعرفوا المزيد عن وسائل منع الحمل .

واعتماداً على هذه الحقائق فإن الحكومة التركية لم تتردد في إصدار تشريع

وتنظيم برامج خاصة في تنظيم الأسرة في بداية سنة ١٩٦٥ وكان من أم
الاهمال التي واجهت إدارة مشروع تنظيم الأسرة في تركيا هو البدء في
تدريب موظفي الصحة على تنفيذ برامج تنظيم الأسرة ، وقد بدأ هذا التدريب
سرياً وهدما جاءت سنة ١٩٦٨ كان عدد أطباء أمراض النساء والأطباء
الممارسين الذين تلقوا هذا التدريب قد وصل إلى ٧٥ طبيباً بالإضافة إلى ٨٠٠
ممرضة و ٢٧٠٠ مولدة ويقوم مشرفو الصحة بدور هام في المساعدة على
تثقيف الجمهور ، وقد انظم ٢٠٧٠ منهم في فصول دراسية حول تنظيم
الأسرة وتقوم الإدارة الآن بتعيين وتدريب مجموعة من العاملين في الميدان
للعمل الذين سيقومون بتنفيذ برنامج الخدمة من بيت إلى بيت في القرى
والمدن والمواضع ، وهم في نفس الوقت سيسدون فراغاً كبيراً عن طريق
تقديم النصائح ومتابعة السيدات اللاتي وجدن أى نوع من المتاعب أو المشكلات
عندما استخدمن الواقي الرحمي أو تعاطين الحبوب .

إن عملية تثقيف الجماهير وتعليمها هي عملية بالغة الأهمية . والهدف منها
هو نشر المعلومات حتى يحصل الجمهور على حقائق مباشرة عن الأسباب التي
تدهو لتنظيم الأسرة ووسائل تنظيمها ، وكذلك تعريفهم بمازايا ومضار تلك
الوسائل مع التأكيد على أهمية التنظيم فيما يتعلق بصحة الأسرة ورفاهيتها
واقتصادها ، وفي الواقع بالنسبة للدولة ككل .

إن أى زيارة إلى قرية تركية سوف تبين ما هي الوسائل التي استخدمت
في نشر تلك المعلومات ؛ فقد تم تعليق الملصقات الضخمة في المراكز الصحية ،
وفي قاعات الاجتماعات ، وفي مخازن القرية ، لتبين عن طريق الصورة
والكتابة الحاجة الملحة إلى تنظيم الأسرة ، كما تسلّم كثير من القرويين كتيبات
مصورة حول هذا الموضوع تتضمن كل الحقائق عن التكاثر البشرى . أما
الآخرون فقد سمعوا عن تنظيم الأسرة من خلال الراديو ، وقد نشرت
الصحف بصفة خاصة في الفترة الأخيرة معلومات كثيرة حول هذا الموضوع .

وفي شهر واحد تمسكت كل قرية تركية بحلة مصورة جذابة خصصت كل موضوعاتها لتنظيم الأسرة . وبالإضافة إلى ذلك تقوم الإدارة بإصدار نشرة شهرية موجهة بعناية خاصة إلى قادة المجتمع والحكومة في المناطق الحضرية والريفية في تركيا . وعلاوة على ذلك يقيم سنوياً معرض كبير في أنقرة ، ويؤور الآلاف من الزوار القاعة الدائمة التي يعرض فيها على الجمهور جوانب برامج تنظيم الأسرة . كما توزع منشورات على الجمهور حول هذا الموضوع .

وعلى العموم فإن أهم طريقة للحصول على معلومات عن تنظيم الأسرة هي أن نتحدث إلى إحدى السيدات التي قبلت ومارست إحدى طرق منع الحمل ، مع جاراتها حول تلك الوسيلة . وفي أي مجتمع لا تحتاج المقابلة الشخصية إلى تنظيم سابق ، لأنها تتم بطريقة طبيعية ويومية ، وذلك عندما تجتمع السيدات حول بئر القرية ، أو عندما يلتقي الرجال في المقاهي . وإذا تمت مهمة تثقيف الجماهير بطريقة سليمة وصحيحة ، فإن هذه الدردشة ، غير الرسمية التي تدور حول تنظيم الأسرة ستكون مثمرة بدرجة قصوى . وفي الوقت نفسه فإنه من المحتمل أن تظهر شائعات غير صحيحة حول الواقي الرسمى ، أو المحبوب ، أو الوسائل الأخرى لمنع الحمل . وستكون مهمة المثقفين عندئذ تنفيذ تلك الشائعات بتقديم رد على بسيط عليها .

وقد ثبت أن أحسن طريقة لنشر التوعية عن تنظيم الأسرة وتنفيذها هي عن طريق « الوحدات المتنقلة » . فهذه الطريقة تنقل الخدمات إلى عتبة أبواب القرى والجمعيات الكبيرة عند مشارف المدن التركية الرئيسية . وهناك نوعان من الوحدات المتنقلة : واحدة للتثقيف والاستعلامات ، والأخرى للخدمات الطبية . ويتكون فريق التثقيف من المثقفين من الرجال والإناث البالغين ومساعد في لتشغيل الفانوس السحري وأجهزة العرض وقبل البدء في خدمة مجموعة من القرى فإن الفريق ينظم اجتماعاً مع رؤساء مجلس القرية والعمد والقادة الدينيين في المنطقة كلها . وفي هذه الاجتماعات يجري شرح

تفصيل لأهداف تنظيم الأسرة وأغراضه ، تعقب مناقشة حرة ، وتادرا ما تواجه الإدارة بممارسة مباشرة لبرنامج تنظيم الأسرة في مثل هذه الاجتماعات .

وهذه الاجتماعات تخلق جواً من التقبل للشروع . كما تكون مفيدة في توزيع المصقات والكتيبات تمهيداً لوصول الفريق الطبي المتنقل إلى القرية بعد أيام .

ويؤثر فريق التثقيف القرية أولاً . ويلتقي الموجه برجال القرية في المقهى ، في حين تلتقي الموجهة بالنساء في قاعة الاجتماعات ، أو في إحدى المدارس ، أو في غرفة جلوس واسعة . وفي العادة تتم زيارة ثلاث قرى في اليوم . ويناقش الموجهون أولاً المشكلات العامة للقرية . وتستؤدى مناقشة أحد هذه الموضوعات بسهولة إلى فتح موضوع تنظيم الأسرة ، وتجعد المثقفات دائماً أذا ما صاغية من القرويات عندما يتعدن إلىين في موضوع الإجهاض والمشكلات الصحية الخطيرة التي قد تنجم عنه والتي قد تصل إلى الموت . وفي اجتماعات الرجال يتم التركيز على أهمية الناحية الاقتصادية لأسرهم . ويتم عرض الأفلام والصور عن طريق الفانوس السحري في اجتماعات الرجال والنساء لتساعد على توضيح الموضوع ، وجعله مثيراً للانتباه . وقبل أن يغادر فريق التثقيف القرية يمد يده إلى الفريق الطبي في اليوم التالي ، ويقوم بتوزيع مجموعة من المصقات والكتيبات

وبعد ذلك يحضر الفريق الطبي إلى القرية ، ويتكون من طبيب أمراض نساء ومرضة ومساعدة مرحة وعيادة متنقلة تشمل مائدة الكشف ومعدات طبية ، وتقام العيادة في إحدى الوحدات الصحية ، أو في مدرسة ، حيث يقوم الأطباء بالكشف وإجراء عمليات تركيب الواقي الرحمي ، ويتم إبلاغ جميع النساء بالوسائل المتعددة لتنظيم الأسرة ، أما اختيارهن للوسيلة التي يرغبن في استخدامها فيكون بالطبع اختيارياً . كما يقوم الأطباء أيضاً بتقديم

التصحية والكشف عن المتزوجين الذين يمانون من المعقم . ويعطى كل شخص من الذين قبلوا استخدام وسائل منع الحمل بطاقة تحدد المكان الذى يجب أن يذهب إليه للحصول على استشارة للتابعة أو العلاج .

إن أهالى تركيا غفرون بحق بالنتائج العظيمة التى حققتها الوحدات المتنقلة . والأرقام تتكلم عن نفسها ؛ فقد كان الهدف الذى حددته البرنامج القومى هو إقناع ٥ فى المئة من السيدات اللاتى هن فى سن الإنجاب باستعمال الواقى الرحمى . لكن الوحدات المتنقلة حققت الوصول إلى نسبة من قبول السيدات زادت متوسطها على ٦ فى المئة ، وفى إحدى المناطق التى تمت زيارتها بلغت نسبة السيدات اللاتى قبلن تركيب الواقى الرحمى ١٩ فى المئة من السيدات اللاتى ينتمين إلى تلك المجموعة العمرية .

وقد تم التخطيط لتقديم خدمة مركزة بواسطة الوحدات المتنقلة فى كل من ٦٧ مقاطعة . وكما ذكر من قبل فإن تركيا ستساعد فى هذا العمل مساعدة كبيرة إثر الاتفاق الذى أبرم بين الحكومة ووكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة ، والذى سيتم عن طريقها تزويد تركيا بأسطول مكون من ٤٠٠ عربة ابتداء من سنة ١٩٦٩ ، وذلك للمساعدة فى تنفيذ برنامج واسع النطاق ، وتنظيم الأسرة باستخدام أسلوب الوحدات المتنقلة .

ولأنه يمكن فقط تحقيق برنامج لتنظيم الأسرة يشمل نطاقه جميع أنحاء البلاد عن طريق الاستعانة بجميع المصادر المتاحة ، الحكومية والإخبارية على حد سواء . ولهذا السبب ، فإن إدارة تنظيم الأسرة تتعاون مع وزارات مثل وزارة الشؤون القروية والدقاع والزراعة ، وبالطبع مع كل أقسام وزارة الصحة . والإدارة تقدم المعلومات للعاملين فى تلك الوزارات وتعمل على إشراكهم فى البرنامج كلما أمكن ذلك . أما بالنسبة للبيئات التطوعية فى تركيا فإن جمعية تنظيم الأسرة بتركيا بفروها المشرين تساعد فى ميدان التثقيف والتوعية ، وتقوم الجمعية أيضا بتدريب بعض المبادرات . ويعمل فى هذه المبادرات أطباء متطوعون ،

كما تتلقى مساعدات من طريق الأعضاء في الفروع الإقليمية ، وهناك منظمة أخرى صغيرة ، ولكنها تؤدي دوراً قياً ، وهي جمعية السيدات الجامعيات بأقورة. وتقدم عضواتها المتطلعات الخدمات من طريق زيارة القرى والخصائص والمصانع لتزويد الناس بالمعلومات حول تنظيم الأسرة وتوجيه السيدات إلى الأماكن التي ينبغي لهن الذهاب إليها للحصول على مثل تلك الخدمات . وفي خلال صيف ١٩٦٧ قامت إحدى العضوات المتطلعات بتخصيص عطلتها العيانية للعمل المتطوعي في تنظيم الأسرة . ولتحقيق النجاح لمشروع تنظيم الأسرة في المستقبل يجب أن ننظر إلى المشكلة السكانية على أنها مشكلة قومية تتسم بأفصى درجات الأهمية . ولكن في الوقت الحاضر فإنها لا تعد كذلك . ومعارضة المشروع لاثاني من السيدات اللاتي يمتن في المناطق الريفية ، فإن معظمن يعرف أنهن اللاتي سيستفدن من وجود برنامج فعال ، بل ثاني في أغلب الأحيان من السيدات الأكثر تعليماً ، ولكن أسوء تلقين فيما يتعلق ببرناهج تنظيم الأسرة .

وتشمل مثل هذه المجموعة الأوساط التجارية في أسطنبول وأزمير ، والذين يعتقدون خطأ أنه كلما زاد عدد سكان تركيا اتسع نطاق السوق . ولكن عندما تتم مناقشتهم كل على حدة ، فإنهم في المادة يفهمون على الفور أنه إذا ظل السكان الذين يتزايد عددهم في حالة فقر وجعل فإن السوق لن تكبر ، وإنما هي الحقيقة تنصرهما كانت عليه . وفوق ذلك فإنهم عندما يعرفون أنه خلال حياة أولادهم سيصل تعداد تركيا إلى ١٥٠ مليون نفس فإنهم في المادة يفهمون بسرعة كافية أن مصلحتهم تكون في تخفيض نسبة زيادة السكان ، وذلك لإعطاء موارد الغذاء والقوة الاقتصادية فرصة العاق بالزيادة في السكان .

وهناك مجموعة أخرى معارضة تميل إلى الاعتقاد بأنه يجب أن يكون عدد السكان كثيراً في تركيا ليصبح لها جيش كبير العدد، وصوت مسموع في الشؤون الدولية . إننا نقول ببساطة لمؤلاء الناس إن ما يعطى صوتاً مسموعاً في الشؤون الدولية ، ليس هو حجم الجيش ، بل مدى كفايته . وتوجد شواهد

حديثه توضح كيف أن جيشا صغيرا ، لكنه على درجة كبيرة من الكفاية
ومسلح تسليحا جيدا ، يستطيع أن يحقق نصرا سريعاعلى عدو أكبر منه . وعلى
آية حال فالجيش الحديث يتطلب قدراً عاليا من التعليم والكفاية الفنية . ومن
الأمور التي لها دلالتها أنه في أى دولة — بما في ذلك تركيا أيضا — فإن
الجيش هو أكبر مؤسسة تستخدم العقول الإلكترونية عن أى مؤسسة قومية
أخرى .

وهناك بعض الناس الذين يشعرون عندما ينظرون إلى بلد مثل بريطانيا
والولايات المتحدة ، أن هذه الدول قد خفضت نسبة موالدها وحجم أسرها
وذلك بالتناسب مع تحسن وضعها الاقتصادى . وتقول وجهة النظر هذه إن كل
ما هو مطلوب في تركيا هو تحسين الوضع الاقتصادى ، عندئذ ينخفض معدل
المواليد أوتوماتيكيا .

وبالطبع فإن هذا ليس صحيحا . لأنه بالنسبة لوضع تركيا الحالى حيث
يوجد معدل مرتفع للمواليد فإن تحسين المستوى الاقتصادى يصبح ممكنا فقط
إذا خفض معدل الزيادة فى السكان إلى أقل من تلك معدل الزيادة فى الدخل
القوى . ولكن تركيا لم تصل إلى هذه النقطة بعد .

ومن المؤسف أن بعض مجموعات أطباء أمراض النساء يعارضون برنامج
تنظيم الأسرة . ومن الصعب تجنب التدخل إلى استنتاج أنهم يشعرون بطريقة ما
أنهم مهددون فى أعمالهم نتيجة هذا المشروع . لكن هذه المعارضة تختفى عادة
عندما يدرك هؤلاء الأطباء أن تعداد تركيا سوف يزداد بسرعة على أى حال ،
وأن أكثر برامج تنظيم الأسرة فعالية سوف يتيح للجهود التي تبذل للتنمية
فرصة للسبق بسنوات قليلة فقط عن طريق خفض معدل الزيادة فى السكان .

ومن وقت لآخر تظهر دعايات مضادة ذات طبيعة طبية محضة ، ومؤداهما
أن الواقى الرحمى والحبوب ضارة إلى حد ما . ويجب الإجابة على مثل هذه
الالتزامات بعناية ، وإن إحدى المهام الرئيسية التي تواجه إدارة تنظيم الأسرة
هى أن تتأكد من أن تلك الدعاية الطبية الجاهلة ، والخبثية أحيانا ، لم تؤدى إلى
إخافة الناس .

إن التعاون والعمل الجماعي هما الأسلوبان الرئيسيان للعمل داخل الوزارة ،
فالقادة الحكوميون وأساقفة الجامعة والهيئات الرسمية قد تجمعوا لكي يؤمنوا
أن جميع الجهود التي بذلت ، صغيرة كانت أو كبيرة ، قد اتحدت في جهد
تعاوني واحد وكبير ، وأن هناك مجالا لكل شخص في برنامج تنظيم الأسرة .

وفي سنة ١٩٦٨ أعطى التثقيف والتوجيه والإعلام — وهي من أهم
جوانب البرنامج — أولوية كبيرة في المشروع من بين كل برامج ، ولم
تتخذ هذه الخطوة نتيجة وجود معارضة واسعة النطاق في المناطق الريفية في
تركيا ، لكن لأنه بالرغم من أن الناس يعرفون أن هناك شيئا ، أو مشروعا يقدم
لهم الخدمات فهم لا يعرفون ما هو ؟ وما كنه هذا الشيء ؟ وما هي الوسائل ؟
ولا كيفية الحصول على هذه الخدمات ؟ وفي جميع أنحاء البلاد يطالب الناس بالحصول
على معلومات حول تنظيم الأسرة . وكما يحدث غالبا فعندما يدعو أحد الأئمة
من أصدقاء المشروع العاملين بتنظيم الأسرة لاستهلاك مائدة الجامع في مدينة
صغيرة لدعوة الناس لاجتماع لتنظيم الأسرة ، فإن المجموعة التي تحضر يقدر
هددها بالمتات . وكان الهدف سنة ١٩٦٨ هو تلبية رغبة الناس في المعرفة ،
وكذلك مد الخدمات في المناطق الريفية والثانية ، وفي المدن الكبرى أيضا .

ومن المؤكد أنه إذا توحدت كل الجهود الحكومية والتطوعية والخاصة
فإنه سيتم التوصل إلى نتائج عظيمة ، لأنه يمكن لتركيا فقط عن طريق
تخفيض عدد معدل الزيادة في السكان أن تحقق السعادة لأسرها ، وتحقيق قوتها
الاقتصادية ورفاهيتها .

تونس : تحرير المرأة وتطوير المجتمع ، أمور ذاتية

تعتبر مشكلة السيطرة على النمو السكاني هي — فوق أى اعتبار — مسألة مواقف إنسانية ، وليست مسألة أسلوب منع الحمل . هذا هو رأى الأستاذ أهريلس بجامعة ستانفورد ، وهو يعتقد أن المواقف الإنسانية تتغير بمعدل أقل بكثير من المعدل المطلوب لوقف خطر المجاعة الذى يهدد العالم .

وبالتأكيد فإن مواقف الإنسان تلعب دوراً حاسماً فى أى خطوة هامة يكون هدفها تحويل المجرى الطبيعي للأحداث الاجتماعية . ومع ذلك فإن البشرية قد مرت بتغيرات عميقة فى مختلف الميادين ، مثل الميدان الثقافي ، والسياسي ، والاقتصادي . وحتى فى ميدان السكان فقد حدثت تغيرات ، كما حدث فى اليابان حيث انخفض معدل المواليد من ٢٧ إلى ١٧ فى الألف مولود فى السنة خلال عشر سنوات فقط .

وفى بعض المجتمعات ينعصر عدم المبالاة والاستسلام لظروف المعيشة المنخفضة بين الناس على الرغبة فى التغلب على الفقر ، وعلى المستوى المعيشي المنخفض والتخلف الثقافي . فى حين أنه فى مجتمعات أخرى نجد أن الناس يتطلعون إلى رفع مستوى معيشتهم ويأملون فى حياة أفضل . وفى هذه المجتمعات فإن تقديم معلومات مناسبة ووسائل فعالة لمنع الحمل يمكن أن يغير تطور النمو السكاني فى الاتجاه المطلوب . والمعتقد أن مثل هذه التغيرات

يمكن أن تحدث في تونس ، ويرجع الفضل في ذلك إلى الجهود التي بذلت في وقت واحد على التنمية الاقتصادية والثقافية ونشر وسائل منع الحمل .

ويتبجح تطوير برنامج تنظيم الأسرة في تونس ، فإننا سوف نرى أن تشاؤم الأستاذ أهريس ليس له ما يبرره في هذه الدولة ، وأن تخفيض معدل المواليد بها على المدى البعيد سوف يعمد شبح الجوع عن أهل هذا البلد . ربما يكون من الصعب تصديق مثل هذا الكلام ، وذلك بسبب التقدم الذي حدث في اختراع الأدوية الوقائية التي تساعد على خفض معدل الوفيات . ثم إن عدم التوازن بين معدلات المواليد ومعدلات الوفيات يظهر في نمو في الزيادة السكانية .

وفي الحقيقة فإنه في أقل من عشر سنوات تم القضاء عمليا على الأمراض التي كانت مسئولة أساساً عن ارتفاع معدل الوفيات ، فالتهنئتين ضد : الجدري ، وشلل الأطفال ، والسل ، والدفتيريا ، والتيفوئوس ، أصبح يمارس على نطاق واسع ويؤمن بذلك حياة الكثيرين من الأطفال .

وهناك عوامل أخرى ساعدت في تونس على خفض نسبة وفيات الأطفال ؛ وهي تحسين مياه الشرب ، وتوفير التغذية السليمة ، والإسكان الصحي المناسب ، التي ساعدت على حماية السكان ضد الأمراض .

وتمثل شبكة المنشآت الطبية التي تتكلف ١٢ في المئة من الميزانية العامة للدولة ، والتي زادت قدرتها ثلاث مرات خلال السنوات العشر الأخيرة ، الحرب ضد الأمراض والموت ، وفي هذه الظروف فقط فإن معدل الوفيات من الممكن أن يتضاءل بسرعة متزايدة . ولقد أثر الانخفاض في معدلات الوفيات على اتجاهات الأمهات نحو حجم أسرهن ، حتى في المناطق الريفية . ولما كان إتمام الأطفال من المرض والموت يجرى بصورة أكثر فإن الأمهات بدأن في تغيير غريزتهن الطبيعية التي تدفعهن إلى إيجاد أسر ذات حجم كبير . وعندما

أصبح عدد الأطفال الذين تتقدم الأمر كبيراً زادت وغبثت في استخدام وسائل منع الحمل لتنظيم أسرهن (وسيم توضيح هذا في نتائج إحدى الدراسات التي ستجرى مناقشتها فيما بعد) . ولكل هذه الأسباب — فإننا ننظر إلى مستقبل وسائل منع الحمل في تونس نظرة متفائلة ، بصرف النظر عن التقدم الذي قد يحققه برنامج تنظيم الأسرة في الميدان العملي .

وتمثل المبادئ العامة لتحرير المرأة وتقدم المجتمع من طريق التعليم وتحسين الخدمات الصحية وزيادة العمالة أسس برنامج تنظيم الأسرة في تونس .

ويعتبر برنامج تنظيم الأسرة في تونس جانباً من جواب الخطة العامة لإيجاد توازن بين التقدم الاقتصادي والاجتماعي ، بهدف إلى إتاحة فرص التعليم الابتدائي للجميع ورفع مستوى المعيشة باطراد . ويقوم برنامج تنظيم الأسرة في تونس على أسس التغييرات القانونية المستترة التي حدثت خلال السنوات العشر الماضية في تونس ، والتي تظهر رغبة السلطات الوطنية القوية في عاربة التقاليد المتوارثة والترويج لاية إجراءات من شأنها أن ترفع مستوى المعيشة ، من بينها تحديد النسل .

وتعتبر التغييرات والمكاسب القانونية التي حصلت عليها المرأة والأسرة في تونس من العوامل المثيرة :

- ١ — الوضع القانوني للمرأة التي تحصل على حقوقها ك مواطنة كاملة .
- ٢ — حرية الإعلام عن وسائل منع الحمل وحرية توزيع هذه الوسائل .
- ٣ — تجميد علاوات الأسرة عند الطفل الرابع ، وذلك لوضع حد للسياسة التي كانت تشجع لإنجاب الأطفال ، والتي أرسيت قواعدها في عهد الحماية .
- ٤ — تحريم تعدد الزوجات .

٥ - وقع سن الزواج . على أن تكون عند سن السابعة عشرة بالنسبة للفتاة ، و ٢١ بالنسبة للشاب .

٦ - السماح بالإجهاض القانوني بسبب الظروف الاجتماعية ، وذلك خلال الشهور الثلاثة الأولى للحمل وبعد العطل الخامس .

وكل هذه الاعتبارات وغيرها ، مثل : حق المرأة في الانتخاب ، وإنهاء استخدام الحجاب ، والسماح بالاختلاط في المدارس ، أعطت الأمل في إقامة برنامج عمل في مجال تنظيم الأسرة . وإلى جانب كل هذه الظروف الملائمة ، فهناك أيضا عدة حقائق ، وإذا ما أضيف إلى ذلك : الوعظ الديني المنظم ، وصغر مساحة البلاد ، وسهولة وسائل الاتصال والمواصلات بين الأقاليم ، فإن السيطرة على الزيادة السكانية في تونس تصبح مشكلة فنية تتعلق بالإعلام ووسائل منع الحمل .

وقد سبق تنفيذ برنامج العمل لإجراء المسح الاجتماعي المتضاد لإدراك معلومات واتجاهات السكان نحو وسائل منع الحمل . وقد تبع ذلك إعداد برنامج تجريبي مدته سنتان ، واقتصر تنفيذه على مناطق معينة في البلاد . وتم التخطيط للمشروع القوي جريا على أساس الظروف السكانية للبلد ، وعلى أساس أهداف الخطة القومية للتنمية الاجتماعية والاقتصادية ، كما وضع هذا التخطيط أيضا على أسس وعلى المعلومات التي توصل إليها المسح الاجتماعي ونتائج البرنامج التجريبي . وقد أجرى المسح الاجتماعي الأول عن طريق سؤال الأزواج والزوجات الذين تم اختيارهم كعينة للبحث من ١٢ مركزاً لرعاية الأمومة والطفولة التي تم اختيارها للبرنامج التجريبي . وقامت بهذا البحث المولدات العاملات في البرنامج التجريبي تحت إدارة خبير سكاني . وقد ضم هذا البحث ٢١٧٥ شخصا كانوا هدفاً للعديد من الأسئلة لتحديد اتجاهاتهم نحو تنظيم الأسرة والعوامل التي تؤثر في إخصابهم .

وهكذا تم الحصول على معلومات وافرة عن تصرفات وآراء الأزواج

والزوجات في تونس بالنسبة لوسائل منع الحمل وحجم الأسرة . وقد تم اختيار المولكات لمؤال السيدات في هذا البحث حتى يمكن كسب ثقتهم بسهولة .

وقد توصلت نتائج التحليل المبدي لهذا البحث إلى النتائج الآتية :

١ - كانت نسبة الإنجاب ٧١ في المئة بالنسبة للأزواج والزوجات من سن الثلاثين إلى سن ٣٩ سنة .

٢ - كانت الرغبة في عدم إنجاب عدد أكثر من الأطفال تختلف بطريقة تناسب عكسيا مع معدلات وفيات الأطفال في الأسرة .

٣ - كان عدد الأطفال المرغوب في إنجابهم يتراوح بين ثلاثة وأربعة أطفال في المتوسط .

٤ - كانت وسائل منع الحمل معروفة سلفا لـ ١٥ في المئة من السيدات اللاتي تم سؤالهن .

٥ - تزداد الرغبة في تنظيم الأسرة كلما زاد عدد الأطفال الأحياء في الأسرة .

ومن النتائج أيضا اتضح أن الأمهات اللاتي لديهن أربعة أطفال على الأقل ، واللاتي يمثلن ٦٢ في المئة من عينة البحث ، توجد بينهن ٧٠ في المئة يكتفين بما لديهن ولا يطلبن المزيد من الأطفال ، بل لديهن الاستعداد والرغبة في استخدام وسائل منع الحمل .

وكانت نتائج هذا البحث والمعلومات التي توصل إليها تتفق مع نتائج البرنامج الذي بدأ فوراً بعد الدراسة التي تمت في الائن عشر مركزاً صحياً من مراكز الطفولة والأمومة الموجودة في المناطق الحضرية وشبه الريفية .

وقد تقرر عدم تقسيم المراكز بالنسبة لأنواع الطلبات التي تنلقاها لتطبيق الوسائل المختلفة لمنع الحمل ، لأن مثل هذه الخطوة ستعتبر ضد

مبدأ إعطاء كل سيدة الحرية فى اختيار الوسيلة الملائمة لها . وفى بداية البرنامج التجريبي تم اتخاذ قرارات أخرى مثل :

(١) أن تعمل المراكز الصحية لرعاية الأمومة والطفولة على احترام حياة السيدات فى أثناء تقديم خدمات تنظيم الأسرة لمن . وأن تقدم هذه الخدمات بشروط معقولة تشجع على الإقبال على التردد .

(٢) أن تنضم خدمات تنظيم الأسرة إلى أقسام العيادات الخارجية لأمراض النساء ، وذلك حتى يؤخذ فى الاعتبار أن تحديد النسل جزء من الخدمات الصحية للمرأة .

(٣) أن تقدم خدمات تنظيم الأسرة ووسائل منع الحمل إلى السيدات مجاناً بمثل جميع التسهيلات الطبية القومية المتاحة لجميع المواطنين .

والمعتقد فى تونس أن مراكز رعاية الطفولة والأمومة تخلق الجو المثالى لتعليم السيدات كل شيء عن وسائل منع الحمل وتوزيع وسائله . كما أن السيدات يذهبن إلى هذه المراكز بحثاً عن الرعاية الصحية لأطفالهن الذين يعانون من نقص التغذية أو المأوى ، ويذهبن إلى هناك لضيقهن بعملية الحمل ، كما يذهبن عندئذ فى حدوث حالات حمل غير مرغوب فيها . إن هذه المراكز فى تونس دأبىة صغيرة ، تذهب إليها السيدات ولادردشة والثرثرة ، وفى نفس الوقت لاستشارة الأطباء أو الموليدات .

ولقد وضع البرنامج التجريبي أرضية عامة فى ميدان تنظيم الأسرة ، وقد تمتع البرنامج بتأييد حازم من سلطات الحكومة المركزية والإقليمية والمنظمات القومية ، وبصفة خاصة الاتحاد النسائى التومى الذى وجد أن هذا البرنامج يمثل المرحلة النهائية لتحرير المرأة الكامل .

وتم حث أول لجنة دراسية فى تونس لمانفعة موضوع تنظيم الأسرة فى يناير

سنة ١٩٦٤ ، وقد افتتحها رسمياً وزراء العدل والتعليم والاقتصاد بما أعطاهما تأييداً كبيراً ، كما أن تشجيع رئيس الدولة دفع بالتحمس إلى ذروته . وبعد شهور قليلة أصبح تنظيم الأسرة هو الموضوع المفضل للصحافة وللناقشة في الاجتماعات العامة . وتبع ذلك زيادة سريعة في الطلبات التي انتهت على عيادات البرنامج ، وزاد بالتالي عدد مراكز الطفولة والأمومة الاثنى عشر التي كانت قد اختيرت لتوزيع الوسائل إلى ٣٦ مركزاً في خلال شهور قليلة من بداية المشروع لدرجة أن المراكز كانت تنوء بمعبء الطلبات عليها ، وفي البداية كانت الوسائل التقليدية مثل الحاجز الذكري والكريمات والايروسول متوافرة في ١٢ مركزاً من مراكز الطفولة والأمومة . وكانت تصرف على توزيعها المرضعات ، وكان صرف حبوب منع الحمل وتركيب الواقي الرحمى معدداً بالمستشفيات الكبرى ؛ وذلك لإجراء التجارب عليه .

على أن الاهتمام الذي أظهره الجمهور والسلطات الإدارية والطبية قد شجع الإدارة الصحية على زيادة خدمات تنظيم الأسرة قبل فترة طويلة من نهاية الفترة التجريبية . وفي بداية شهر فبراير سنة ١٩٦٥ (أى بعد بداية عمل المراكز التجريبية بثلاثة أشهر) كان كل أطباء أمراض النساء في كل المستشفيات في الجمهورية التونسية يقومون بعمليات تركيب اللولب بجانب عمليات التقيم للسيدات اللاتي لديهن عدد كبير من الأولاد .

ولتحقيق هذا كان من الضروري إعداد حلقات دراسية ، وبرامج تدريبية لأطباء أمراض النساء حول وسيلة منع الحمل عن طريق تركيب اللولب داخل الرحم . وكانت خدمات تنظيم الأسرة يقتصر القيام بها على العاملين في ميدان الصحة فقط الذين أخذوا على عاتقهم تعريف الناس بكل شيء عن تحديد النسل ووسائل منع الحمل . هذه الخدمات التي تضمنت القيام بالعمليات الجراحية مجاناً للجمهور ، كانت موضع مناقشة وتفسيرات واسعة النطاق . وقد تم اتخاذ هذا الموقف على أساس التجربة بقصد زيادة معدل انتشار أفكار

ووسائل منع الحمل ولتقدير مدى اتساع وسرعة انتشار البرنامج ؛ فقد تم تقويم النتائج الإيجابية للبرنامج التدريبي ، وبسبب أهمية هذا البرنامج جرى تقدير دقيق لوسيلة الواقى الرحمي . وكانت النتائج الرئيسية للتقدير كما يلي :

(١) في أثناء المرحلة التجريبية للمشروع لم تلاحظ أية ودود فعل عداية ضد البرنامج ، وخصوصا من الناحية الدينية ، لكن يمكن القول بأن الناحية العلمية أبدت تقلا مبالغا فيه يمكن إرجاعه إلى عدم خبرتها في هذا المجال .

(٢) فسرت السرعة التي انتشر بها البرنامج إلى وجود تشابه في المعتقدات واللغات بين الشعب التونسي ، لتوفر أحسن سبل المواصلات والاتصال وسهولتها بجانب التقدم الملموس . (كما لا ينبغي أن يغيب عن أذهاننا جاذبية أي عمل جديد يقدم للناس) .

(٣) وكانت النتائج المبدئية للعمل الميداني في البرنامج التجريبي ، بعد مرور سنتين هي ما يأتي :

١ — تمت الإجابة على ٧٠ ألف استشارة طبية لـ ٣٠ ألف سيدة .
ب — تم تركيب « لولب لينيس » لعشرين ألف سيدة (وكانت السيدات يطلقن على لولب لينيس اسم (سكويديو) ، وكان عدد السيدات اللاتي يستخدمن « الاسكويديو » ، أو « قطعة الحظ السعيد » ، يمثل ثلث العدد الإجمالي السيدات اللاتي تمت خدمتهن بواسطة البرنامج مما يدل على وجود نوع من التفضيل بالنسبة لهذه الوسيلة . وقد ثبت أن اللجنة العلمية كان لها دور في اتجاه السيدات لهذا الاتجاه . (ويرجع ذلك إلى أن عملية تركيب الوسيلة داخل الرحم تعلى لعمل الطبيب الذي يقوم بها قيمة أكبر من مجرد قياسه بصرف تذكرة طبية لدواء) .

(٤) وفي تحليل لنتائج توصل إليها العاملون في مستشفيات في تونس ، تبين

أن من بين ١٢٢٢ سيدة استخدمن اللولب ، لمدة تتراوح بين شهر و ١٥ شهراً ،
ظهرت نسبة حالات فشل لهذه الوسيلة وصلت إلى ٢٧ في المئة من هذه
الحالات . وقد حدث بالنسبة لبعضها حالات حمل بالرغم من وجود اللولب .
(ويمتد الكثيرون أن هذا الرقم يمكن أن يزيد إلى ٢٠ في المئة من الحالات
في السنة) .

وفي تقدير ثان للبرنامج التدريبي قدمه مركز البحوث الاقتصادية
والاجتماعية حول ١٣٩١٣ ألف حالة تم تركيب وسيلة الواقي الرحمي لها ،
أظهرت الدراسة ثلاثة أمور هامة :

١ - كان متوسط سن الزوجات اللاتي اخترن وسيلة الواقي الرحمي هو ٣١
سنة (وكانت السيدات بين سن ٣٥ و ٤٠ سنة يمثلن ٥٠ في المئة من هيئة
البحث) .

ب - كان متوسط عدد الأولاد ١.٥ أطفال بين السيدات اللاتي اخترن
الواقي الرحمي كوسيلة لمنع الحمل .

د - كان أكثر من ٥٠ في المئة من السيدات اللاتي قبلن الواقي الرحمي كوسيلة
لمنع الحمل من زوجات المهالك أو العاملین باليومية ، ومعنى ذلك أنهن ينتمين
إلى الطبقات الدنيا .

وبالرغم من بساطة الوسائل الفنية والمادية التي استخدمت في البرنامج
التجريبي ، إلا أن نتائجه كانت مشجعة للغاية . . . ولعل من أسباب هذا النجاح
إدخال البرنامج في خدمات مراكز رعاية الأمومة والطفولة ، وما تقدمته
الهيئات والإدارات المحلية من معونات .

ويجدر بنا الآن أن نناقش الإطار العام وأهداف المشروع القوي .

لقد وضعت تونس برنامجاً خمس سنوات ينتهي مع خطة السنوات العشر
اقتناعاً منها بأن وضع برنامج قوي لتنظيم الأسرة ينبغي أن يوضع لفترة

طولية بدرجة كافية ، لكي يسمح للجوانب المختلفة من البرنامج أن تكيف نفسها مع الظروف المحلية ، ولكي تحقق العمليات التي تجري عمليا مستوى التنمية الكافي لتحقيق نتائج ملموسة .

وهذه الفقرة المحددة لها ميزة لأنها تبدأ مع بداية التعداد العام للسكان الذى سوف يساعد على إعطاء تقدير دقيق من أثر البرنامج على التطور السكانى . وقد وضع هدف للخطة السكانية ، وهو خفض معدلات المواليد من ٤٦ فى الألف سنة ١٩٦٦ إلى ٣٦ فى الألف سنة ١٩٧١ . وهذه الأهداف سوف تتحقق من خلال برنامج يضم ٣٠٠٠ زوجين ، سيقبل منهم ٢٥٠ ألفا على الأقل استخدام وسيلة منع الحمل داخل الرحم . ويمثل هذا الرقم حوالى خمس السيدات التونسيات من سن ١٢ سنة إلى سن ٤٠ سنة .

وقد تقرر أن تستمر المرحلة الأولى من البرنامج لمدة سنتين (من يونيو سنة ١٩٦٦ إلى يونيو سنة ١٩٦٨) . وتظم هذه المرحلة برنامج عمل فى العيادات وبرنامجا تعليميا . ويهدف برنامج العمل فى العيادات إلى تحقيق الآتى :

- (١) إجراء عمليات تركيب الواقى الرحمى لـ ٦٠ ألف سيدة كل سنة .
- (٢) توزيع الحاجز الذكرى ، والحبوب ، سواء كوسائل منع الحمل بشكل قائم بذاته ، أو لاستخدامها كوسيلة بديلة ، أو مساعدة ، فى حالات عدم تركيب الواقى الرحمى إذا ما وجدت ظروف صحية تتطلب عدم القيام بتركيبه .

أما للبرنامج التعليمى فيتضمن :

- ١ - - حلقات دوامية وحلقات مناقشة للأطباء والممرضات العاملين بوزارة الصحة .

- ٢ - إنتاج ولشر استخدام الوسائل التعليمية .

وفى إتعلق بالتنظيم العام للبرنامج ، فقد كان الاهتمام ينصب على إيجاد

أرضية صلبة لمستقبل تنظيم الأسرة في تونس . ويمكن الوصول إلى هذا الهدف عن طريق تزويد السكان بالمعلومات الحقيقية عن تنظيم الأسرة . وهناك إيمان راسخ بأن أحسن وسيلة للوصول إلى هذا الهدف هو تقديم خدمات تنظيم الأسرة بالتدرج خلال العمل الروتيني اليومي للخدمات الصحية ، مثله ، مثل الخدمات التي تقدم ، كالتعليم الوقائي ، والوسائل الطبية الأخرى الواقة من الأمراض المتوطنة .

وتحت هذه الظروف فإن البرنامج التجريبي الذي حدد له فترة سنتين كمرحلة أولى لا يتضمن شيئاً سوى بدء الحملة . والهدف منه المساعدة في تنفيذ عمل أكثر عمقا بحيث يسير في خط متواز مع تطور التعليم ورفع مستوى المعيشة الذي ستستمد الحملة منه قوتها والأسس الضرورية لنجاحها .

لذلك فإن برامج العمل لهاتين السنتين تم إعدادهما لتنفيذ على مرحلتين : المرحلة الأولى هي أن تعمل مراكز الأمومة والطفولة ، ومستشفيات الولادة ، وخدمات أمراض النساء ، على أن يكون نشاط تنظيم الأسرة ضمن أهدافها وأعمالها الأساسية بجانب الخدمات الأخرى . وسيؤدي هذا إلى نشر المعلومات المتعلقة باستخدام وسائل منع الحمل بين الراغبين في استخدامها . وفي نفس الوقت فإن الوحدات المتنقلة ، بما يتوافر لها من حركة مستقلة ذاتية وسريعة ، ستقوم بخدمة المناطق الريفية وشبه الريفية . وستقوم تلك الوحدات التي تتخذ لها مقادير في عواصم الأقاليم ، بتركيب الوسيلة داخل الرحم ، بينما ترسل الأزواج والزوجات الذين يبحثون عن أي معلومات أخرى عن تنظيم الأسرة إلى المراكز الصحية الدائمة .

ومعنى ذلك أن هذه الحملات تتكون من :

(١) برنامج متكامل عن طريق إدخال خدمات تنظيم الأسرة في المراكز الصحية .

(٢) وبرنامج ذاتي مستقل عن طريق الوحدات المتنقلة .

وقد تم تنفيذ البرنامج المتكامل في ٤٨ مركزاً من مراكز الأمومة والطفولة ، وفي ٧٠ مركزاً من مراكز خدمات الولادة وأمراض النساء ، وفي المدن . وهكذا وجد برنامج تنظيم الأسرة مكانه الطبيعي الملائم في عيادات الخدمة لما قبل الولادة وبعدها تحت رعاية أطباء أمراض النساء .

ومن المعتقد أن مراكز الأمومة والطفولة تتمثل فيها نقط تجمع للأمهات اللاتي يهجن أطفالهن إليها لفحص الطي . وبذلك تكون هذه المراكز مع مستشفيات الولادة الأماكن المثالية لتقديم خدمات تنظيم الأسرة . فمن خلال هذه الخدمات يمكن الوصول للأمهات في اللحظة النفسية التي يعانين فيها بالذات من مشكلة من مشكلات الإنجاب .

وقد وضعت كل أنواع وسائل منع الحمل دائماً تحت طلب الجمهور في هذه المراكز ، وكذلك زود مشروع تنظيم الأسرة هذه المراكز بكل المعدات والوسائل الطبية اللازمة بالإضافة إلى وسائل منع الحمل .

وقد كانت كل هذه التسهيلات تقدم وتوفر في المراكز لتشجيع الأطباء والمولودات المسؤولين عن العمل في هذه المراكز ، وإثارة اهتمامهم بالبرنامج ، ولجذب أكبر عدد من المتردات بواسطة الأمهات .

أما البرنامج الاتي المستقل فقد اعتمد على الوسيلة داخل الرحم فقط ؛ وكانت الوسيلة المستخدمة هي « لولب ليس » . وقد عهد بتنفيذ البرنامج إلى ١٣ وحدة متنقلة تزور المراكز الصحية في الأقاليم متتمة بتنفيذ خطة برنامج قد تم التمهيد له مسبقاً . ويتم إبلاغ جدول مواعيد عمل كل فريق من الوحدات المتنقلة إلى السلطات المحلية والممثلين المحليين للهيئات القومية التي تساعد البرنامج وتدعمه عن طريق مده بالأشخاص الذين يقومون بمهمة تثقيف الجماهير فترة نصف الوقت ، وذلك مثل الاتحاد النسائي القومى .

وفي الفترات التي تتخلل كل زيارة وأخرى من زيارات الوحدات المتنقلة

تقوم المراكز الدائمة للخدمات الصحية بمتابعة السيدات اللائي يتلن الولب كوسيلة لتنظيم الأسرة . فالملاحظة الدقيقة ، والعلاج المبكر للضاغطات ، وتقديم التأكيدات إلى السيدات اللائي يمانين من القلق ولم يتعدان الولب ، كل أولئك يمثل الضهان الكبير لتجاح هذه الوسيلة .

البرنامج التدريبى :

خلال تنفيذ البرنامج التدريبى لم يكن من الضرورى توظيف جهود معينة متخصصة فى ميدان الإعلام والتثقيف الجماهيرى . ولأن الوسائل المحدودة التى استخدمت كانت كافية لقيام حركة كبيرة لتنظيم الأسرة ، فانت فى بعض الأحيان قدرة الخدمات التى تقدمها العيادات . أما بالنسبة للشروع القومى لتنظيم الأسرة ، ونظرا لأهمية أهدافه ، واتساع نطاق عملياته الميدانية فيه ، فإنه يجب أن توضع الجهود التعليمية والتثقيفية والإعلامية فى المحل الأول من الأهمية . وقد اعتمدت تونس على الهيئات القومية والسلطات الحكومية للقيام بالإعداد النفسى للجماهير قبل بدء المشروع القومى ، كما اعتمدت أيضا على المساعدات الدولية لإمدادها بالوسائل التعليمية الضرورية . وفيما يتعلق بتدريب الأفراد الذين سيعملون فى البرنامج ، فقد تلقت دفعتا متلاحقة من الأطباء والموليدات تدريبا منظما فى مراكز المستشفيات الكبرى للعاصمة . وفى نهاية هذه الفترات التدريبية فى العيادات تم تزويد كل طبيب ، ممرض بالمعدات والوسائل الطبية اللازمة ، ثم طلب منه تقديم تنظيم الأسرة ضمن خدماته .

النتائج :

بعد مرور ١٨ شهرا من العمل أثبت التحليل الموضوعى البرنامج أنه تم تحقيق قدر معين من الاستقرار فى العمليات الميدانية لتنظيم الأسرة .

ولقد ثبت فى الحقيقة أن عدد السيدات اللائي كن يحضرن إلى مراكز تنظيم الأسرة ، وعدد الوسائل الرجعية التى تم تركيبها ، ظلت على نفس المستوى الذى كانت عليه فترة البرنامج التجريبى بالرغم من زيادة الوسائل المستخدمة ومع

ذلك فإن استعمال حبوب منع الحمل ، والحاجز الذكرى ، قد زادت زيادة كبيرة فتم منع ٢٠٧٠٠ دورة طمعية عن طريق الحبوب ، وتم توزيع ٣١١ ألف حاجز ذكرى وذلك خلال الشهور الستة الأولى لسنة ١٩٦٧ ، بالمقارنة إلى ٨٥٠٠ دورة طمعية تم منعها عن طريق الحبوب و ٥٠ ألف حاجز ذكرى تم توزيعها سنة ١٩٦٥ ، وتمثل الزيادة في مبيعات الحاجز الذكرى التي تمت من خلال الصيدليات الخاصة ، دليلا غير مباشر على انتشار استخدام وسائل منع الحمل بين السكان .

وتوضح البيانات الإحصائية المتعلقة بمدى التقدم الذي أحرزته البرنامج الحالي أنه قد حدثت زيادة بنسبة ٦٦ في المائة في عدد السيدات اللاتي يترددن على مراكز تنظيم الأسرة حيث استغذت ٧٨ ألفاً منهن « لولب لبيس » وهناك تقارير كثيرة حول ردود الفعل عند اللولب الذي تذهب إليه في بعض الأحيان كل الأمراض التي تصاب بها السيدة ، ولسوء الحظ فإن العناية السيئة في تولس تنتشر بسرعة مثل الدهايات الحديدة تماماً . ونظرة نقدية للوقف تسمح لنا بإعاز هذا الفضل لمجموعة من الأسباب . . . في المقام الأول فإن انخفاض المعونة التي تقدمها الهيئات القومية جاء نتيجة لتفسير سريع للغاية للتناميع الأولية التي نشرت من إحصاء سنة ١٩٦٦ ، وقد حدد هذا الإحصاء إجمالي السكان بـ ٥٠٤ ملايين نسمة ؛ وهو ما يقابل كثافة سكانية قدرها ٢٨ نسمة لكل كيلو متر مربع .

فقد ساد الشعور في كثير من الدوائر ذات النفوذ بأن الموقف ليس خطيراً كما هو معتقد ، وأنه ليس هناك أي سبب لمحاولة الحصول على انخفاض مؤقت في معدل المواليد وبأي ثمن . لذلك فقد اعتبر أنه من الأفضل العمل بطريقة منهجية وتقدمية بالنسبة لتثقيف الجماهير .

وفي المقام الثاني فإن كفاية الوحدات المنتقة لم تعد كما كان ينبغي أن تكون نتيجة خلوها من البرنامج التثقيفي ، وأخيراً نقص العاملين من الأطباء في تولس من الممرضات والموليدات وهدم الإدماج الكافي لبرنامج تنظيم الأسرة في خدمات

الصحة العامة الموجودة تمثل في رأى المؤلف العقبات الرئيسية التي حالت دون نجاح المشروع . فهناك نقص حطير في عدد الاطباء التوسيين . كأن الاطباء الاجانب يمارسون الطب في تونس بمقتضى اتفاقات ثنائية للتعاون المتبادل لفترة لا تزيد على سنتين . وبالرغم من الحلقات الدراسية السكثيرة التي تم تنظيمها لتعريفهم على وسائل منع الحمل المختلفة ، فإن عدم استقرار هذه المجموعة من الاطباء منع البرنامج المتكامل من الوصول إلى أهدافه . ومن المسلم به أن الاطباء يعانون من أعباء عمل كثيرة ، وأنه إذا ما أصبحت الخدمات اليومية في حالة تشبع ، فإن الأولوية تعطى للمرضى عن وسائل الحمل .

أما بالنسبة للوحدات المتنقلة فإن كفايتها قد قلت نتيجة نقص عددا الاطباء ونقص الإعداد والتمهيد النفسى للناس ، ونتيجة رتابة العمل الذى عهد به إلى الاطباء . وعلى ضوء كل هذه العوامل فإن تونس قررت إعادة النظر في الموقف كله وتطبيق الإجراءات التصحيحية اللازمة لمعاملات البرنامج . ولذلك فإن ما يؤمل الوصول إليه ، ما لم تحقق الأهداف المحددة للبرنامج ، فإنه يجب حل الأقل تحقيق معدل تقدم مستمر . وفى الحقيقة .. فإن الأهداف التي تم اختيارها كانت أهدافا طموحة جدا بالنسبة للإمكانات الفنية البلاد . ولذلك فإن الأكثر واقعية هو إعادة تنظيم البرنامج بقصد تحقيق نتائج في المدى البعيد .

وفى نفس الوقت فإن تونس سوف تنتظر العدد الكبير من الاطباء التوسيين الذين يجرى تدريبهم ، والذين سوف تدهم بهم الخدمات الصحية للعمل على نشر طرق استخدام وسائل تنظيم الأسرة . وتتضمن الإجراءات التصحيحية التي سيتم تطبيقها ما يلي :

١ — إن عمل الوحدات المتنقلة سوف يعاود نشاطه من خلال تحقيق تنويع أكثر للمهام المستندة إليها . سوف يتم تزويدها ببرنامج تعليمي يقوم به جهاز وظيفي مدرب لهذا الغرض ، وسوف يعمل في تعاون وثيق مع البرنامج الطبي .

٢ - إدراج برنامج لما بعد الولادة وبعد الإجهاض بالخدمات الخاصة بالولادة وأمراض النساء في كل المستشفيات التي يتم فيها . حالة ولادة أو أكثر كل شهر ، سيتولى متخصص اجتماعي مدرب خصيصاً مسئولية هذا البرنامج .

٣ - توزيع وسائل منع الحمل من الحبوب والحاجز الذكري من خلال كل مراكز الصحة الموجودة .

٤ - سوف يتم إنشاء مركز قوى لتنظيم الأسرة ، وستكون أهدافه إجراء البحوث الطبية والسكانية وتدريب العاملين وإنتاج المواد التعليمية . وإذا أخذنا في الاعتبار النجاح (بالرغم من بطله) لبرنامج تونس لتنظيم الأسرة وإمكانيات تحسينه ، وإذا أخذنا في الاعتبار أيضاً التغيرات العميقة التي طرأت على تونس في السنوات الأخيرة فيما يختص بمشكلات النمو السكاني ، فإنه من المؤكد أن تنقلب تونس على مصايفها الحالية . ويتطلب هذا تطوير السياسة المنهجية للعمل والاستفادة بصورة أكبر من الخدمات الصحية . ولأن برنامج تنظيم الأسرة مهم جداً للمستقبل الاقتصادي البلاد ، فإن النمو السكاني سوف ينخفض إلى حدود معقولة . وسوف يتم ذلك من خلال المشاورة ، ومن خلال كرم الأصدقاء من مؤسسة فورد ومن المجلس السكاني ، اللذين قاما بالتمهيد للخطوات الأولى للبرنامج وتوجيهها ، واللذين لم يهجرا تونس طوال هذه المرحلة ، والطريق الطويل الشاق في ميدان تنظيم الأسرة .

بورتوريكو : المنجزات في الشمال الشرقي أنطونيو هرنانديز توريس

يجسنبنا أن نهد لهذا الفصل بذكر كلمة موجزة عن بورتوريكو حتى يتسنى لنا أن نفهم تماماً الانجازات الرائعة لبرنامج تنظيم الأسرة فيها . إن جزيرة بورتوريكو مستطيلة الشكل ، مساحتها ٣٤٣٥ ميلاً مربعاً ؛ وهي تقع بين خطي عرض ١٧° و ١٨° شمالاً وخطي طول ٦٥° و ٦٧° غرباً وتبعد نحو ٢٥٠٠ كيلومتر عن نيويورك .

ومنذ نهاية الحرب الأمريكية - الإسبانية سنة ١٨٩٨ ، ظلت بورتوريكو تتطلع إلى مآرج الرقي عن طريق النهوض بالتعليم والصحة والاقتصاد ، بالتعاون الوثيق مع الولايات المتحدة . ومنذ ذلك الحين ارتفع متوسط دخل الفرد من ٢٦٨ دولاراً في عام ١٩٤٠ إلى ٩٣٠ دولاراً ، وانخفض معدل وفيات الأطفال من ١١٣ مولوداً في الألف عام ١٩٤٠ إلى ٤٢ في الألف عام ١٩٦٥ ، وأخيراً زاد متوسط عمر الفرد بنسبة مائة من ٣٨ سنة عام ١٩١٠ إلى ٧٠ سنة تقريباً عام ١٩٦٠ ، وتدل التقديرات الحالية على أن عدد سكان الجزيرة يبلغ ٢٠٧ مليون نسمة أي بمعدل ٧٩٤ نسمة لكل ميل مربع وطبقاً للإحصائيات الأخيرة التي أعلنتها إدارة الصحة بالجزيرة ، فإن معدل النمو السكاني وصل إلى ٢٤ في المئة في السنة ، وهذا معناه أن عدد سكان بورتوريكو يتضاعف كل ٣٠ سنة .

ومن أجل تنفيذ البرامج الصحية فيها ، تم تقسيمها إلى خمسة أقاليم ،

وأصبحت عبارة الإقليمية تدل على التنظيم الذى يجرى بمقتضاه تنسيق الطب العلاجي، والطب الوقائي، والخدمات الصحية والاجتماعية، في نظام موحد داخل إلى منطقة جغرافية معينة. والهدف من هذا التنظيم هو استغلال الضرائب أو التأمينات بأفضل صورة ممكنة. بحيث يمكنها تقديم أعلى مستوى من الخدمات الاجتماعية والصحية.

ويبدأ نظام الخدمة الإقليمية في بورتوريكو بمراكز الصحة والرعاية المحلية التي تتصل فيما يتعلق بنواحي التشخيص بأحد المستشفيات المركزية، أو مستشفى المنطقة عن طريق مراكز وسيطة. ويستبر الإقليم الشمالى الشرقى في بورتوريكو من أكثر الأقاليم حظا في البدء بمعظم هذه البرامج الصحية اللازمة، على الرغم من أن هذا الإقليم هو أكثر الأقاليم الخمسة في بورتوريكو اكتظاظا بالسكان (مليون نسمة تقريبا)، وعما ساعد على ذلك وجود مدرسة بورتوريكو الطبية ومنطقة سان جوان الحضرية نفسها في هذا الإقليم، وقد أدى هذا دائما إلى تدفق عدد كبير من أحسن الأطباء على هذا الإقليم للعمل به، كما أدى إلى تحديد الخدمات الصحية الحكومية التي تقدم في بقية الجزيرة. وقد كان برنامج تنظيم الأسرة من البرامج التي نفذت بنجاح في هذا الإقليم. وفي سنة ١٩٣٨ أقرت الهيئة التشريعية في بورتوريكو القانونين رقم ٣٣ ورقم ١٣٦، وهما يضمنان على أن المطبوعات، والإعلانات، والتعليم، والخدمات الخاصة بوسائل منع الحمل، لم تعد جريمة يعاقب عليها القانون. وقد غول هذان القانونان الإدارة الصحية أن تقدم كل المعلومات والخدمات الخاصة بمنع الحمل للزوجين وغير المتزوجين الذين يعيشون معاً. وكانت وسيلة منع الحمل المتاحة في ذلك الوقت هي عمليات التعقيم الجراحية. على أن هذه القوانين لقيت معارضة من جانب الأخلاقيين ورجال الكنيسة الكاثوليكية؛ فرأت الإدارة الصحية أن المصلحة السياسية تقتضى باتخاذ سياسة حرية العمل، فسمحت للأطباء الخصوصيين والمرضات أن ينفذوا البرامج القائمة بمحض إرادتهم وتحت مسئوليتهم، وكانت سياسة حرية العمل سبباً في إحباط ما يندلج من جهود لتنفيذ برنامج تنظيم الأسرة.

وفي يونيو سنة ١٩٦٤ طلب وكيل الصحة العامة للكومنولث من قسم الولادة وأمراض النساء بالمدرسة الطبية لجامعة بورتوريكو — وضع البرنامج في الإقليم الشمالى الشرقى لتدهيم وتنشيط خدمات تنظيم الأسرة الموجودة به. وهذه الخدمات كانت تؤدى وحدات الصحة العامة والمراكز الصحية وعيادات ما بعد الولادة ، غير أن نطاقها أصبح عدداً للغاية لأسباب مختلفة . وكانت الصعوبات الرئيسية التى واجهت البرنامج القائم تشمل مايل :

١ — انتاج سياسة حرة فيما يتعلق بخدمات تنظيم الأسرة فى الوحدات الصحية ، فكانت هذه للخدمات تقدم حسبما يترامى للأطباء والمرضات .

٢ — لم تكن هناك ميزانية لشراء وتوزيع وسائل منع الحمل ، وكانت المترددات على المراكز يدفعن ثمن الوسائل التى توصف لهن فى التذكرة الطبية بالكامل ، ما عدا الحبوب الفوارة التى كانت تصرف بالجمان ؛ (لأن منتجى هذه الحبوب كانوا يقدمونها إلى وزارة الصحة بدون مقابل) . ونتيجة لهذه الظروف انخفض عدد المترددات من المريضات على عيادات ما بعد الولادة إلى أقل من ٥ فى المئة من عدد المرضى الذين كانوا يتلقون رعاية من أقسام الصحة قبل ذلك .

وقد أثبتت التجربة فى ميدان الولادة وأمراض النساء فى الإقليم الشمالى الشرقى تحت إدارة دأدالين ب . ستارزوايت ، أن عيادات بحوث ما بعد الولادة فى مركز « بايامون » الصحى ، قد زادت إلى أربعة أضعافا فى أقل من سنة ، وكانت هذه العيادات تستخدم وسائل منع الحمل من حبوب الفم والواقي الرسمى . وكانت الطريقة التى تتبعها أدالين هى وحصف حبوب الفم والواقي الرسمى بالجمان السيدات اللاتى يبدن اهتماما بمنع الحمل فى الفترة التى يدخلن فيها المركز الصحى الولادة . وكانت مرضات الصحة العامة يقمن يوميا بتوجيه هؤلاء السيدات وتعريفهن بطرق منع الحمل . ولقد بلغ من الإقبال على وسائل منع الحمل أن أصبح من الضرورى زيادة العيادات من واحدة إلى

أربع أسبوعياً ، وكان العامل الرئيسي الذي جذب عدداً كبيراً من السيدات من مرضى النفاس إلى هذه العيادات وإغرائهن باستخدام وسائل منع الحمل ، هي الكلمة الطيبة من جانب اللاتي استخدمن وسائل منع الحمل وأبدن رضاهن عن استخدامها ، ولم يستخدم أى نوع آخر من أنواع المماطة في ذلك الميدان اللهم إلا التوجيه اليوى لمرضى الأقسام الداخلية بالمستشفيات والأحاديث الدورية التي تدور في عيادات ما قبل الولادة وبعدها .

وللاستفادة من هذه التجربة وضعت خطة لنشر هذا النوع من الخدمات في المناطق الأخرى . وتمت الموافقة عليها بواسطة المكتب المحلى لرعاية الأمومة والطفولة . وقد طالبت تلك الخطة بتخصيص ميزانية لشراء وسائل منع الحمل من مختلف الأنواع وشراء ترمومترات لاستخدامها مع وسيلة فترة الأمان ، واستخدام ثمان ممرضات وطبيبين من الصحة العامة لقيام بزيارة أسبوعية لكل مركز من المراكز الصحية الثلاثة عشر الموجودة في الإقليم الشمالى الشرقى . (استمرت حياة ييامون في عملها عن طريق تمويلها بمنح البحث) . وسيتم إهداد خطة أخرى لتوسع في خدمات الإدارة الصحية بحيث تشمل سان جوان متى أمكن توفير المبالغ اللازمة لمرتبات الموظفين الذين سوف ينضمون إلى هيئة العاملين .

وكان هدف بورتوريكو الأول سنة ١٩٦٣ هو العمل في وقت واحد في ثلاثة مجالات محددة هي : التشخيص ، والخدمة ، والبحوث في ميدان تنظيم الأسرة ؛ ففي مجال التشخيص تم وضع برنامج شامل للتشخيص الصحى الموجه إلى الأسرة للأمراض « بالصحة ، بمعناها الواسع ، كما حددته هيئة الصحة العالمية . وكان المأمول أن يتولى طبيب الصحة العامة الملحق بالخدمات الصحية العامة في كل بلد تقديم مختلف أوجه الثقافة الصحية للأسرة من خلال هذا البرنامج ، وذلك عن طريق استخدام فريق من ممرضات الصحة العامة والمتقنين الصحيين والمتخصصين الاجتماعيين . ويشمل نشاطهم تدريس الثقافة الجنسية في المدارس .

وإرشاد المراهقين ، وإجراء الفحص الطبي على الأجسام قبل الزواج ، وتقديم نصائح عن الزواج ، وإعداد الأمهات للولادة وإلقاء محاضرات قبل الولادة وتقديم خدمات تنظيم الأسرة .

وهناك هدف تثقيفي ثان في البرنامج ، وهو تزويد البرامج الدراسية بمدرسة بورتوريكو الطبية ، ومدرسة الممرضات ، ومدرسة الصحة العامة ، وكليات جامعة بورتوريكو ، بعلوم من فسيولوجية التكاثر والوقاية الجنسية واستشارات ما قبل الزواج وتنظيم الأسرة وموضوعات أخرى في هذا الميدان ، وتقديمها عن طريق المحاضرات والأفلام السينمائية والمناظرات ، مع الاهتمام بالمناقشات غير الرسمية ، والفكرة الأساسية وراء هذا البرنامج هي إثارة التفكير الإيجابي في مشكلات المجتمع بين مجموعة من المثقفين الذين يتم جذبهم للمشاركة في القرارات الكبيرة الخاصة بالمجتمع الذي يعيشون فيه ، وفي نفس الوقت خلق قيادات من هؤلاء الطلبة تقوم بدور أساسي بناء في البرامج التثقيفية في ميدان تنظيم الأسرة .

وهناك أيضا هدف تثقيفي ثالث ، هو مساعدة البلاد الأخرى في وضع برامج مماثلة عن طريق تدريب وتعليم العاملين في ميدان تنظيم الأسرة .

أما المجال الثاني الذي تهتم به بورتوريكو ، فهو مجال الخدمات :

وفي هذا المجال تم وضع خطة لتقديم خدمات تنظيم الأسرة مجاناً من خلال : المراكز الصحية ، والوحدات الصحية ، والمراكز الطبية ، هل أن يتاح لكل سيدة حرية اختيار الوسيلة المناسبة من وسائل منع الحمل بحيث يمكنها الحصول عليها وتسليمها من المبادرات الخارجية للإدارة الصحية .

ونفس الخطة كذلك على ضرورة تنظيم أحداث غير رسمية لإقناع الزوجات في مبادرات ما قبل الولادة ، وفي أثناء الولادة ، وبعد الولادة ، بضرورة وأهمية تنظيم الأسرة ، ومزايا ومضار كل وسيلة من وسائل منع

الحمل ، وتشجيع كل سيدة على حرية الاختيار بالاتفاق المسبق مع زوجها ،
بعد تلقي التوجيهات من الممرضة أو الطبيب الخاص بتنظيم الأسرة .

وكان الهدف الثالث في مجالات اهتمام بورتوريكو هو ميدان البحث .
وفي هذا المجال تم إعداد خطة محكمة حول مختلف الموضوعات التي تساعد على
تقدم بورتوريكو والعالم في المستقبل ، ولذلك تدور معظم البحوث حول
النواحي الاجتماعية والاقتصادية والأنثروبولوجية والثقافية المتصلة بمشكلات
السكان ، كما تتضمن البحوث مشروعات أخرى عن وسائل منع الحمل الحديثة ،
مثل : « الحبوب » ، « والواقى الرسمى » . وهنا يطالنا هذا السؤال :

إلى أى مدى نجحت بورتوريكو في تحقيق هذه الأهداف الأولية ؟ إذا
تناولنا الناحية التنشيفية وجدنا أن طلبة الطب في السنة الثالثة بالمدرسة الطبية
يتلقون ٢٤ درساً في تنظيم الأسرة خلال عام دراسي كامل . وذلك عن طريق
المحاضرات والأفلام السينمائية والاجتماعية التي تتم في المناطق الريفية والمناقشات
مع الأسر ، أما طلبة السنة الرابعة بالمدرسة الطبية فيزورون حوالي عشرين
عيادات لمراكز ما بعد الولادة التي تستخدم فيها كل وسائل منع الحمل
باختلاف أنواعها ، ومن المرغوب فيه أن يتدرب الطلبة على عمليات تركيب
« الواقى الرسمى » .

وفي ٨ ديسمبر سنة ١٩٦٧ بدأت مدرسة الممرضات ، وتلقت فيها طالبات
السنة النهائية المحاضرات ، وشاهدن الأفلام السينمائية ، وتدربن في العيادات .
وفي هذه المدرسة تتلقى الطالبات ثمان محاضرات ، ويتدربن عملياً أربع ساعات
في العيادات .

وفي مدرسة الصحة العامة بدأ طلبة الماجستير في الصحة العامة منذ سنة
١٩٦٣ في تلقي خمس عشرة محاضرة في الدراسات السكانية وتنظيم الأسرة ، وابتداء
من يناير سنة ١٩٦٨ سوف يبدأ طلبة الماجستير المتخصصون في دراسة
السكان في تلقي ثمانية دروس عن فسيولوجية التناسل ، وتاريخ وسائل منع
الحمل وطرق عملها .

وفي هذا الموضوع نظم قسم الدراسات العامة لجامعة بورتوريكو منذ ١٩٦٧ محاضرة تستغرق أربع ساعات تلقى على الطلبة المقيدين بقسم التربية ، وفي سنة ١٩٦٧ كانت هذه المحاضرة يدور معظمها حول الاتجاهات الحديثة في تنظيم الأسرة . وفي بداية ١٩٦٨ تركزت المحاضرة في علوم أخرى مثل : التشريح ، وقسيولوجية الجهاز التناسلي ، والحمل ، وانحباس الطمث ، ونزيف الرحم غير الطبيعي ، واستشارات ما قبل الزواج .

وقد ساعدت بورتوريكو الدول الأخرى المهتمة بهذا المجال . ففي ١٩٦٧ أتيت لها الفرصة لإظهار الجهود العملية التي قامت بها في برامج عيادات ما قبل الولادة . وبعدها ، وذلك لاثني عشر طبيباً من مختلف أنحاء جمهورية الدومينيكان على شكل مجموعات مكونة من اثنين إلى ثلاثة أطباء . وقد قامت هذه المجموعات بالتعرف على الناحية الطبية والإدارية في عيادات بورتوريكو خلال أسبوع . وشرع هؤلاء الأطباء حديثاً في تنفيذ برنامج ما بعد الولادة ، في بلادهم . وقد حققت وكالة الولايات المتحدة للتنمية نجاحاً كبيراً في مجال الخدمات الصحية في جمهورية الدومينيكان . ولاشك أن بورتوريكو ترحب هي الأخرى بهذا النوع من النشاط والخدمات ، وقد اشركنا أيضاً كاستشاريين في المكتب الأمريكي لوسط أمريكا وبنما ، ومقره في أمريكا الوسطى .

وفي مجال الخدمات يمكن أن نقول إن برنامج تنظيم الأسرة لما بعد الولادة قد بدأ رسمياً في الإقليم الشمالي الشرقي خلال يناير ١٩٦٥ ، وقدمت البرامج التثقيفية والخدمات في كل العيادات التي كانت تفتح بانتظام وتزداد كلما توافر العدد الكافي من الممرضات والأطباء . وإلى جانب برنامج ما بعد الولادة ، سار برنامج توفير الخدمات الإقليمية للولادة وأمراض النساء للناس . وقد بدأوا أيضاً أن هذين البرنامجين يمكن التنسيق بينهما بحيث يمكن لكل الممرضات العمل فيها معاً تحت برنامج موحد . وعندما أصبحت وسائل منع الحمل متوافرة ، بدأت خدمات تنظيم الأسرة في ١٤ مدينة في الإقليم

الشمال الشرقى فى روبر سنة ١٩٦٥ . ثم بدأ فى أكتوبر سنة ١٩٦٥ البرنامج الموحد بانضمام أربع مرضات متخصصات فى الولادة كن يعملن فى كل مراكز الصحة بالإقليم الشمال الشرقى بعد أن حصلن على خبرة عظيمة ، وبذلك تم إعداد هذا البرنامج باثنتى عشرة مرضة ، مما جعل من السهل تقديم هاتين الخدمتين فى منطقة سان جوان الحضرية نفسها . وكانت كل مرضة تعين فى مركزين مسحين وتقسّم وقتها بينهما . كما اشترك فى العمل فى عيادات تنظيم الأسرة ثلاثة أطباء مع اثنتى عشرة مرضة من مرضات برنامج الإقليم الشمال الشرقى . وكانت منطقة سان جوان الحضرية تشهد ١٤ فترة عمل فى العيادة خلال الأسبوع ، كل فترة منها تستغرق أربع ساعات ، وكان مخصصاً لكل عيادة : طبيب ومعه ثلاث مرضات . أما باقى ساعات الأسبوع فإن المرضات كن يقمن خلالها بمتابعة أى مضاعفات حدثت نتيجة استخدام الحبوب ، وكذلك متابعة سجلات العيادة .

وابتداء من أكتوبر سنة ١٩٦٧ أرفع عدد السيدات اللاتى استخدمن حبوب منع الحمل فى بورتوريكو إلى ١٢ ألف سيدة ، وأصبح عدد اللاتى اخترن الواقى الرحمى عشرة آلاف ، فى حين استخدمت ١٥٠٠ سيدة وسائل أخرى لمنع الحمل . وبلغت نسبة المرضى اللاتى اخترن الواقى الرحمى وحبوب الفم ٩٥ فى المئة من الحالات ، واختار ٥ فى المئة فقط وسائل أخرى . وفى كثير من الأحيان كان اختيار السيدة للوسيلة يعتمد على رأى الأطباء أو المرضات ، وذلك لمساعدتها على استعمال الوسيلة التى تفضلها أكثر . وكان الكريم والحبوب الفوارة تستخدم مؤقتاً فى أغلب الحالات حتى تستعد السيدة نفسياً لاستخدام حبوب الفم أو الواقى الرحمى . على أن وسيلة فترة الأمان لم تنجح فى عيادات تنظيم الأسرة بالرغم من تعاون القس المحلين والعلماء الكاثوليك والأشخاص المسئولين عن برنامج ما بعد الولادة فى الدعاية لهذه الوسيلة .

وسوف يصبح من الممكن القيام بمجهود إضافية لتثقيف الناس فى القرية

الجنسية واستثمارات ما قبل الزواج ، والاستعداد لمولد الطفل ، وذلك عندما تتوافر المبالغ اللازمة لتجديد العدد المدوب من الموظفين .

ومنذ سنة ١٩٥٧ بدأت بحوث فعلية بمستشفى رايدر التذكاري في ماما كور بيورتوريكو على منتجات شركة سيرك من حبوب منع الحمل ، الاينوفيد والافيوين ، وكذلك على مركبات اخرى لشركة أورثو . ومنذ سنة ١٩٦٣ تمكنت بيورتوريكو بمساعدة المجلس السكاني الأمريكي من المساهمة في عمل إحصائيات لتقييم الوسائل الرحمة لمنع الحمل أي «الواقى الرحمي» ، وفي يناير ١٩٦٤ تم الاتفاق مع شركة وايت على البدء في تجربة أقراص تحتوي على نورجستريل ومستروبول ، واختبرت فاعلية هذه الأقراص ومدى تقبلها وأعراضها الجانبية ، وكذلك حدوث الحمل بعد إبطال استعمالها . ومنذ بدأ البحث استخدمت ٨٠٠ سيدة هذا العقار ، وقد أعطى نتائج حسنة فلم يحدث حمل كما كانت الأعراض الثانوية مثل الغثيان والصداع قليلة جداً .

وفي أبريل ١٩٦٦ وافق المجلس السكاني على مشروعين : الأول من آثار استخدام وسائل منع الحمل مثل : الحبوب واللولب . والآخر عبارة عن دراسة عن برنامج عيادات ما بعد الولادة في منطقة حضرية ، ولم يؤد كل من هذين المشروعين إلى دعم برنامج تنظيم الأسرة فقط ، وإنما أديا أيضاً إلى توسيع مجالات النشاط والتعلم في بيورتوريكو .

وفي مارس ١٩٦٧ بدء في استعمال مستحضر لشركة وايت يحتوي القرص منه على جرعة صغيرة من مادة الثورجستريل بدون أن يحتوي على مادة الايسقرين ، ويتعاطى على هيئة قرص واحد يومياً باستمرار ، وحتى أواخر سنة ١٩٦٧ استعمل المستحضر ٢٠٠ سيدة ، وكان ٧٠ في المئة منهن قد استخدمن الحبوب لأكثر من سبعة أشهر .

وفي يناير ١٩٦٨ بدء بتجربة منع الحمل بواسطة الحقن على ١٠٠

سيدة ، أخطبت كل واحدة منهم ٤٠٠ مليجرام من مادة ديديو — بروفيرا ، وهي أيضاً (أحد مستحضرات البروجسترين) في العنزل كل ستة أشهر ، لاختبار قدرة هذا المستحضر على منع الحمل وتقبله وأعراضه الثانوية وحدوث الحمل بعد إبطال استماله .

وبالإضافة إلى برنامج الإقليم الشمالى الشرقى ، توجد أيضا عدة منظمات خاصة مسئولة عن برامج تنظيم الأسرة . ففى سنة ١٩٦٩ مثلا خصص مكتب الفرص الاقتصادية منحة قدرها أكثر من مليون دولار لجمعية تنظيم الأسرة فى بورتوريكو للإنفاق على برامج تنظيم الأسرة فى جميع أنحاء الجزيرة ما عدا الإقليم الشمالى الشرقى . والجدير بالذكر أن هذه الجمعية ذات شخصية ذاتية مستقلة ، ساهمت بقدر كبير فى أنشطة تحديد النسل فى بورتوريكو لمدة سنوات . وفى يوليو ١٩٦٧ قدمت هذه الجمعية خدماتها لـ ٢٠ ألف سيدة ، ١٠ فى المئة منهن تم تركيب الواقى الرحمى لمن ، و ٦٩ فى المئة تناولن الحبوب و ٢١ فى المئة استخدمن وسائل أخرى مثل الحبوب الفوارة والحاجز الواقى . وكان سبب قلة حالات الواقى الرحمى يرجع إلى عدم كفاية الأطباء المدربين .

وفى الجزيرة عدد قليل من المستشفيات غير الكاثوليكية التى تضم عيادات لتنظيم الأسرة تنفاضى أجراً ضئيلاً من المرضى ، وكذلك قام عدد قليل من الأطباء الخصوصيين بزيادة خدمات تنظيم الأسرة بالوسائل الحديثة مثل الحبوب والواقى الرحمى كجزء من الرعاية الصحية لمرضاة الخصوصيين .

وفىما يتعلق بعدد العاملين فى برنامج تنظيم الأسرة فى الإقليم الشمالى الشرقى وتكاليفه ، نجد أنه تم فى سنة ١٩٦٥ تعيين ١٣ ممرضة ، وطبيين ، وعندما جاءت سنة ١٩٦٧ وصل العدد إلى ثلاث عشرة ممرضة ، وستة أطباء ، يتقاضون أجورهم من ميزانية الحكومة . وصممت المبالغ المخصصة للشروع من المجلس السكانى بتعيين مشرف على البرنامج وخمسة من الباحثين . وكان إحصائى

وسكرتير ، ويتكلف المشروع ٢٦ دولاراً في السنة لكل مقددة ، سواء استخدمت الحبوب أو الواقي الرحمي . وهذا المبلغ يتضمن أيضاً مصروفات الإنفاق على الموظفين والمعونات والانتقال وأدوات التلميم والمعدات والمصروفات الثرية .

ومن جراء هذا النشاط انخفض معدل المواليد في الإقليم الشمال الشرقي من ٣٣٫٤ في المئة سنة ١٩٦٠ إلى ٢٩٫١ في المئة سنة ١٩٦٦ . وانخفض فيها عدد من ٣٣٫٢ في المئة سنة ١٩٦٠ إلى ٢٩٫١ سنة ١٩٦٦ . وبالاختصار يمكن أن يقال إن بورتوريكو كثيراً ما من البلاد الأخرى الكثيرة تعاني من مشكلتين : مشكلة تنظيم الأسرة ، والمشكلة السكانية ، ومن الواضح أن بورتوريكو أمامها طريق طويل للعمل الشاق المتواصل . فإذلت هناك حاجة ملحة لتوسيع معلومات أكثر عن تنظيم الأسرة لكل أبنائها على اختلاف أعمارهم حيث يتطلع المجتمع البورتوريكي إلى مزيد من التقدم ، وقد أدركت مدرسة بورتوريكو الطبية من خلال أقسام الولادة وأمراض النساء بها ، ومدرسة الصحة العامة ، هذا الموقف ، فشرعنا في تنفيذ برامج جديدة منذ سنة ١٩٦٤ في الإقليم الشمال الشرقي . ومن الواضح أن هذه البرامج يجب أن يتم التنسيق بينها وبين الإدارة التعليمية ، والأجهزة الخاصة الأخرى . لكن لإدارة العمل فيها يجب أن تتم كما يحدث في الخدمات الصحية ، أي من خلال وحدات المراكز الصحية ، لأن هذه الخدمات عندما تكون في أيدي المؤسسات الخاصة فقط ، فإن تكاليفها تكون أكثر وعمرها أقصر ، نتيجة نقص الإمكانيات والأشخاص المدربين . ولم تحدد بعد حكومة بورتوريكو بصراحة سياستها السكانية الحاضرة ، أو المستقبلية ، أو سياستها في تنظيم الأسرة ، بالرغم من ارتفاع معدل نمو السكان بصورة مروعة . ومع ذلك لا توجد معلومات روتينية في المستشفيات الحكومية أو البلدية التي تقدم خدمات تنظيم الأسرة . وقد خاضت الإدارة الصحية برنامج تنظيم الأسرة بعد الولادة عن طريق قسم الولادة وأمراض النساء ، والخدمات الصحية والإقليمية بالإقليم الشمال الشرقي .

وقد تقبل المرضى والأطباء وكبار موظفي الحكومة بالتدريج فكرة تنظيم الأسرة والحد من عدد السكان كجزء لا يتجزأ من تدابير الصحة العامة، والتقدم الاقتصادي والاجتماعي، واتبعت المستشفيات الحكومية خطة أكثر تسامحاً تجاه مسألة التعقيم. ومنذ ١٩٦٦ قامت إحدى الجمعيات الخاصة التي تتلقى إعانة من الحكومة الفدرالية بتنفيذ برنامج لتحديد النسل فيما عدا الإقليم الشمالي الشرقي.

ويؤخذ من البحث الذي أجرته شركة دافى وكينج وكولين، أن «المعلومات التي تجمعت حتى سنة ١٩٦٧ تدل على أن الصيدليات سوف توزع عن طريق التذاكر العلوية ٣٦٠.٠٠٠ شريط يحتوى كل منها على ٢٠ حبة من حبوب منع الحمل، وتدل التقديرات الأولية على أن ٢٥٠.٠٠٠ ألف سيدة في الجزيرة كلها يستخدمن الحبوب لمنع الحمل».

جامايكا : أزمة في جزيرة صغيرة

ل. ل. ويليامز

جامايكا جزيرة في البحر الكاريبي على مسافة ٩٠ ميلاً جنوب الطرف الشرقي لكوبا ، وعلى مسافة مئة ميل غرب تاهيتي . وهي تعاني كثيراً من مشكلات الدول النامية في النصف الغربي من الكرة الأرضية . ومن أبرز هذه المشكلات ارتفاع معدل المواليد الذي وصل في جامايكا إلى ٣٨.٨ في الألف مولود في السنة ، في حين استمر معدل الوفيات في الانخفاض بانتظام حتى وصل اليوم إلى ٧.٧ في الألف في السنة ، وهو معدل من أقل المعدلات في هذا النصف من الكرة الأرضية .

أما معدل الزيادة الطبيعية في عدد السكان فهو ٣.١ في المئة . ونظراً لأن فرص الهجرة (نسبة كبيرة من السكان يهاجرون إلى بريطانيا) قد تم تقييدها بسبب قانون الهجرة لدول الكومنولث الصادر في سنة ١٩٦٢ ، فإن المعدل الفعلي للنمو السكاني يقتارب معدل الزيادة الطبيعية ، وهو ٢.٨ في المئة .

وقد زاد تعداد السكان الذي وصل سنة ١٩٠٠ إلى ٧٥٠.٠٠٠ نسمة إلى ثلاثة أضعاف فأصبح مليوناً و ٨٦٠ ألف نسمة في سنة ١٩٦٧ . وفي سنة ١٩٧٠ سوف يصل إلى مليوني نسمة ، وسيبْتَغاضف خلال الـ ٢٧ سنة القادمة .

وإذا شُكِّنَا التفصيل فإن نسبة عالية من السكان يعيشون عائلة على غيرهم : ٤٢ في المئة منهم أقل من ١٥ سنة ، و ٤ في المئة فوق سن الستين (إحصاء ١٩٦٠) . ومن بين الـ ٥٥ في المئة من السكان الذين بلغوا سن العمل (من

٥١ إلى ٦٠) لا يوجد سوى ٤١ في المئة فقط يستطيعون أن يعملوا غيرهم .
إن جامايكا جزيرة صغيرة تبلغ مساحتها أربعة آلاف ٣٠٤ ميل مربعاً .
وأرضها شديدة الوعورة لأنها جبلية ، ولذلك فإن المساحة الصالحة للزراعة
أقل من ثلث المساحة الكلية . ولما كانت جامايكا بلداً زراعياً في المقام الأول
تشتغل فيه تلك القوة العاملة بالزراعة ، فقد اتضح منذ عدة سنين أن الاقتصاد
الزراحي لا يمكن أن يعول عدداً من السكان يتزايد بسرعة ، على أن التصنيع
ليس إلا حلاً جزئياً لمشكلة البطالة في جامايكا التي تبلغ نسبتها ١٣ في المئة على
الأقل ، والدليل على ذلك أن توفير وظيفة واحدة لعامل واحد يتطلب استثمار
٧٠٠٠ جنيه .

تنظيم الأسرة البداية الأولى :

في يوليو ١٩٢٩ تأسست في كنتستون رابطة جامايكا لتحديد النسل التي
أصبح اسمها فيما بعد « رابطة جامايكا لتنظيم الأسرة » . وكانت هذه الرابطة
أول محاولة منظمة لتقديم خدمات تنظيم الأسرة في الجزيرة . وقد عكس تغيير
اسم الرابطة مدى الحذر الذي صاحب أولى خطوات نشاطها . ولقد اعتمدت
حركة تنظيم الأسرة في جامايكا على نظام التطوع وعلى التبرعات التي كان يعدها
بها عدد من الرعاة الذين يعملون في نواحي الحياة المختلفة . وكانت هذه
الخدمات تقدم عند الطلب إلى هيئات الخدمة القائمة ، وأشهرها جمعية رعاية
الطفل التي كانت تسمى أيضاً هيئة الأمهات ، ومقرها كنتستون .

على أن مشروع تنظيم الأسرة في جامايكا كسب أرضاً صلبة في سنة ١٩٥٠
عندما بدأت أبرشية سانت آن العمل في ميدان تنظيم الأسرة ، وعقب ذلك
مباشرة أُنشئت عيادة « ب ك جاكوب » لتنظيم الأسرة ، وكانت تقوم بإعطائها
وتمولها جمعية سانت آن لرعاية الاجتماعية . ثم اتسعت أعمال هذه العيادة
وانتشرت . وفي سنة ١٩٦٤ وحدث أعمالها مع مركز تنظيم الأسرة في
كنتستون وأطلق عليها معاً اسم جمعية جامايكا لتنظيم الأسرة ومقرها الرئيسي

ساعت آن ، وأسهم الاتحاد النسائي أيضا في إيجاد اتجاهات إيجابية نحو تنظيم الأسرة عندما ناضل بالدعوة لجملة وسيلة مقبولة ومشروعة من وسائل الحياة ، وفي نهاية سنة ١٩٦٤ كانت كل من جمعية جامايكا لتنظيم الأسرة وجمعية رعاية الطفولة تقوم بكل خدمات تنظيم الأسرة في جامايكا .

وفي أثناء عامي ١٩٥٦ و ١٩٥٧ جرى بحث عن الإخصاب في جامايكا ، وشكلت لجنة برئاسة المرحوم الكولونيل د كورنى ، على أساس الخدمات التي تقوم بها كل الهيئات التي لها صلة بتنظيم الأسرة والرعاية الاجتماعية ، مثل : المهنة الطبية ، وتقابات المال والصناعة ، والحزبين السياسيين الرئيسيين في جامايكا ، والهيئات المعنية بالشئون التعليمية والرعاية الاجتماعية ، ورجال الكنيسة . وإتمام هذا البحث اختيرت عينات تم استجوابها على أساس نفس التجربة التي قامت سنة ١٩٥٣ حول بحث لمينات السكان في جامايكا . وخلال البحث سئلت ١٤٠٠ سيدة من الطبقة الدنيا ، وكان السبب في اختيار هذه العينة هو أن هذه الفئة تعاني من مشكلات كثرة الأولاد أكثر من غيرها .

وسوف نعرض هنا بعض نتائج بحث الإخصاب ، لأنها — بلا شك — سوف تساعد على فهم المشاكل المتعلقة بكل محاولة لتحديد الإخصاب والسيطرة عليه في جامايكا :

أثبت البحث أن ٢٢ في المئة من هؤلاء السيدات متزوجات شرها ، وأن ٤٤ في المئة منهن متزوجات عرفيا . أما باقي النساء فكان على علاقات تقوم على الزياره وتختلف في درجة الاستقرار ، وكان متوسط عمر الإناء ، عندما مارسن أول علاقة جنسية ، يتراوح بين ١٦ و ١٧ سنة ، وبدأ ٢٠ في المئة منهن حياتهن الجنسية في سن ١٥ سنة . وكان مستواهن التعليمي يقف عند المدرسة الابتدائية فقط ، ولم تكن عادة قراءة الصحف منتشرة بينهن ، ولكن ذلك العامل لم يكن يمنع انتشار المعلومات بينهن ، وإن كان يشير إلى بعض الأسس التي يمكن أن يقوم عليها برنامج التثقيف . ذلك أن التثقيف في ميدان تنظيم الأسرة يجب أن يستمر بانتظام حتى يأتي بالنتائج المرجوة منه .

وقد أثبتت نتائج البحث تفاؤلا واضحا بالنسبة لاتجاه السيدات نحو

تنظيم الأسرة واقتناعهن به . فقد أدرت أغلبية السيدات هن رغبتهن في أن تكون ظروف أطفالهن في الحياة أحسن من ظروفهن . ولم تظهر رغبة خاصة بين نساء جامايكا في تكوين أسرة كبيرة العدد ، بل إن هؤلاء النساء أعربن عن رغبتهن في تكوين أسرة لا تزيد في حجمها عنها في الولايات المتحدة .

وكانت هذه النتيجة اكتشافاً هاماً في البحث (يخالف اتجاه التفكير الحالي في جزر الهند الغربية) .

ويسود اعتقاد بين الطبقات المتوسطة والعليا في جامايكا بأن نساء الطبقات الدنيا لديهن رغبة شديدة في إنجاب عدد كبير من الأطفال . أما دواهي هذه الرغبة المزعومة فهي تتراوح بين أسباب دينية وأسباب عسائية .

البرنامج القومي

لقد كانت أول إشارة تدل على بدء اشتراك الحكومة في حل مشكلات الإخصاب والسيطرة عليها في جامايكا هي التي بدت في سنة ١٩٦٣ عندما قررت الحكومة أن تكون هذه المشكلة ضمن سياستها في خطة الاستقلال الخمسية من ٦٣ - ١٩٦٨ . ووفق هذه الخطة قررت الحكومة أن تأخذ على عاتقها مسئولية نشر الوعي بالآثار الضارة التي سوف تنجم عن النمو السريع للسكان وضغط السكان في الجزيرة والمشكلات الطبيعية التي تترتب على ذلك ، وكذلك توعية الناس بما لسكرة إنجاب الأطفال من أثر ضار في حياة ورغاء أفراد الأسرة . وفي هذا السبيل قررت الحكومة تشجيع انتشار المعلومات والوسائل التي يجب اتباعها لإيجاد فترة بين ولادة طفل وآخر ، أو تحديد عدد أفراد الأسرة .

وفي أبريل سنة ١٩٦٤ ، ومن طرق إحدى منح المجلس السكاني ، بدأ مشروع بحث في مستشفى « فيكتوريا جوبيل » في كنجستون ، يستهدف اختبار مدى تقبل وسيلة « الوافي الرحي » بين السيدات اللاتي يترددن على عيادات ما بعد

الولادة . وبعد مرور ثلاثة أشهر اكتسبت هذه الوسيلة المزيد من الثقة فقامت
وزير الصحة إلى أن يعلن أن الحكومة تقترح تيسير خدمات تنظيم
الأسرة في أنحاء البلاد ، كما أكد مبدأ انتفاع الناس بهذه الخدمات بمحض
اختيارهم ، فتم إنشاء ١٤ مركزا لتنظيم الأسرة في المستشفيات الحكومية
الأربعة عشر ، وكان الواثق الرحي هو الوسيلة الوحيدة التي تستخدم في تلك
المراكز ، لكن التقدم كان بطيئا . ولم يكن ذلك يرجع لقلة الإقبال عليها
بقدر ما كان يرجع إلى نقص عدد الأطباء والموظفين المدربين . ورغم ذلك
تم في الشهور الأربعة عشر الأولى من هذا البرنامج تركيب ستة آلاف واثق
رحي .

وقد ذلك تجربة مستشفى فيكتوريا جوييل ، حل أن وسيلة الواثق الرحي
قد حازت القبول بنسبة ٨٠ ٪ بين السيدات في نهاية السنة الأولى . وأثبتت
التجربة أيضا أنها وسيلة من وسائل منع الحمل التي يمكن الاعتماد عليها في نشر
الخدمة .

وفي يولية سنة ١٩٦٦ أنشأت وزارة الصحة وحدة تنظيم الأسرة لتنسيق
المجهودات المختلفة في ميدان تنظيم الأسرة والإشراف على هذا البرنامج الحيوي ،
(وزارة الصحة) . وقد تم تعيين مدير طبي لهذا الوحدة كاستشار من بين
أطباء الولادة وأمراض النساء ، كما تم تعيين متخصص اجتماعي مدرب له خبرة
بتنظيم الأسرة مساعدا له . ، وأنشئت أيضا ثلاث لجان فنية متخصصة في :
الخدمات للفنية والتعليم والمكان ، والإحصائيات ، وذلك لتقديم مشورتها
إلى المدير الطبي . وتم في نفس الوقت إنشاء لجنة استشارية لتقديم مشورتها
إلى وزير الصحة حول السياسة العامة التي يجب أن تتبع في ميدان تنظيم الأسرة .
وكانت أم الأهداف التي تم تخطيط البرنامج على أساسها :

١ — نشر خدمات تنظيم الأسرة وخدمات بحوث أمراض الخلايا .

٢ — إدماج خدمات تنظيم الأسرة في الخدمات الصحية .

٤- تدريب العاملين في البرنامج .

٤ - تعليم الناس ضرورة تنظيم الأسرة .

والآن فلندرس هذه الاهداف بالتفصيل :

١- خدمات :

طالب البرنامج بإنشاء ١٢٠ مركزاً لتنظيم الأسرة تكون معدة تماماً قبل نهاية مارس ١٩٦٨ في كل المستشفيات الحكومية وبعض المراكز الصحية التي يتم اختيارها . وقد تم بالفعل تقسيم هذه المراكز إلى ثلاث درجات تختلف باختلاف نوع الخدمات التي تؤديها . فثلاً كان مقر مركز الدرجة الأولى في المستشفى أو المركز الصحي الذي وقع عليه الاختيار ، وهيئة العاملين به مكونة من طبيب وممرضة صحة عامة ومولدة ، ويقدم كل وسائل منع الحمل والحبوب ويعمل مرة واحدة في الأسبوع . وكان مقر مركز الدرجة الثانية في المركز الصحي ، ويعمل به طبيب وممرضة صحة عامة ومولدة ، ويقدم كل وسائل تنظيم الأسرة والحبوب ، ويعمل مرة كل أسبوعين . وكان مقر مركز الدرجة الثالثة في المركز الصحي والميادات الخارجية ، وتعمل به ممرضة صحة عامة ومولدة ، ويقدم وسائل منع الحمل التقليدية فقط ، وعلى أساس أن اتباع أي وسيلة من وسائل منع الحمل خير من لا شيء . وهو يعمل شهرياً ، ولم يكن هناك طبيب مقيم في المناطق التي كانت بها مراكز الدرجة الثالثة برغم أن الأطباء كانوا يقومون بزيارة هذه المراكز أسبوعياً . (ولم تكن وسيلة الواقي الرسمى تقدم في هذه المراكز بسبب ما كانت تشتهر به من إحداث مضاعفات ، فلم يكن في تلك المراكز استعدادات طبية لمعالجة هذه المضاعفات وبدون هذه الاستعدادات تزيد أقاويل السوء عن هذه الوسيلة) .

وبلغت جملة عدد المراكز التي تم إنشاؤها حتى الآن ٥٦ مركزاً ، كل موظفها من الأطباء الحكوميين والخصوميين ، الذين يعملون قلعوعا . وكان الحسون مركزاً الأولى منها تحتاج إلى ١٨٤٦ قرة حمل لإدارة العمل بها ،

لكن لم يتم إلا تنفيذ ١٣٤٦ قرة عمل ، ونخصت الحوافر المادية للوكالات
اللاتي كن يتقاضين جنيها وحشرة ثلثات هن كل قرة . ومع ذلك فإن هناك
شكا متزايدة في أن البرنامج يمكن أن يستمر في الاعتماد على المساعدات
التطوعية . ويدوس الآن اقتراح يدعو إلى الأخذ بمبدأ توزيع الحوافر ، لا
على الأطباء لحسب ، بل على كل مستويات العاملين بالمراكز ، وأن يتم دفع هذه
الحوافر على أساس قرات العمل . على أن تكون مدة الفترة ثلاث ساعات ونصف
ساعة ، وبالإضافة إلى ذلك تقرر أن تكافأ الاعمال المكتنية على أساس قرة
العمل . وقد رفضت فكرة توزيع الحوافر على كل فرد لأنها طريقة غير عملية .

ويتم تقديم كل وسائل منع الحمل مجانيا في هذه المراكز ما عدا حبوب الفم
التي تباع بثمان رمزي يصل إلى شلن واحد لكل شريط . وكان المجلس السكاني
بنيويورك يرسل معونات من « لولب لينيس » إلى هذه المراكز لتزويدها
بجائنا . وقد أمكن إقلال التكاليف إلى أن وصلت إلى ٢ شلن وبفس العبوة ،
وذلك عن طريق شراء هبات طبية خاصة تحتوي على حبوب منع الحمل التي
تؤخذ بالفم دون أن تخضع للضريبة الجمركية ، وحتى بالنسبة لهذا الثمن فإن
توزيع حبوب منع الحمل عن طريق الفم بعدد كبير سيكون جينا على الميزانية ،
ومنذ عهد قريب جداً كانت سياسة جاما يكا بالنسبة لتنظيم الأسرة هي تقديم
وسيلة الواقي الرحمي كوسيلة أساسية في البرنامج ، والاحتفاظ بحبوب
منع الحمل عن طريق الفم لحد أدنى من السيدات لا يتعدى ٢٠ في المئة فقط
وهن اللاتي يرفضن استخدام الواقي الرحمي أو اللاتي ينصحن الطبيب بعدم
استخدامه لأسباب صحية .

وليس هناك شك في أن الواقي الرحمي قد قدّم مكانته وخصوصاً في المجتمعات
الصغيرة حيث تنتشر نتائجها السيئة وتتناقل الأفواه أخبار فضله في منع الحمل ،
وفي بعض المناطق التي كانت هذه الوسيلة منذ عهد قريب هي الوسيلة الوحيدة
الممكن الحصول عليها ، لا يذهب كثير من السيدات إلى العيادات بالرغم من
أنهن لا يعارضن فكرة تنظيم الأسرة . وفي المراكز التي تقدم حبوب الفم

كبديل للواقى الرحمى فإنهم يقبلون على حبوب الفم ويتركون الواقى الرحمى ، بل إن كثيراً من السيدات يطلبن التخلص منه بعد أن يتم تركيبه ، وهن يعرفن أن الطيبى سيصف لهن حبوب الفم بدلا منه ، وهذا يؤكد صعوبة تقدير نتائج أى وسيلة من وسائل منع الحمل فى البرامج التى تترك لكل سيدة حرية اختيار الوسيلة الملائمة ، على أنه لم يظهر حتى الآن عدد كبير من سيدات الطبقة الدنيا — وغالبا ما يكن على درجة بسيطة من التعليم — يتمسك بحبوب الفم لفترة طويلة . وقد أظهرت التجربة الأولى فى مستشفى « فكتوريا جوييل » أن من بين فئة قليلة جداً من السيدات اللاتى استخدمن حبوب الفم تخلفت ٢٢ فى المئة منهن فى الشهر الأول ، لكن بعد ذلك تناقصت نسبة التخلف بحدّة ووصلت إلى ١١ فى المئة من عدد السيدات فى نهاية السنة الأولى ، وتعتبر هذه النتائج مشجعة للغاية . ويتم وضع نظام لتوزيع حبوب الفم وهو إعطاء السيدة شريطاً واحداً من حبوب الفم عند أول زيارة ، فإذا أظهرت اهتمامها فى الزيارة الثانية تم إعطاؤها مئونة ثلاثة أشهر دفعة واحدة ، وقد تم البدء فى تنفيذ مشروع تجريبي بمستشفى فكتوريا جوييل ضم ٦٠ سيدة ، حيث تم تركيب الواقى الرحمى على شكل حرف « T » لهن . ونحن هذه الوسيلة مرتفع (١٠ شلنات بلا ضرعية جرمية) ولن يتحقق انتشار استخدام هذه الوسيلة ، إلا إذا أثبتت أنها تعطى نتائج أحسن من « لولاب ليس » من خلال الاستعمال الهائم . وقد أقيمت هذه الوسيلة دون شك قبولا بين الأطباء فى مراكز تنظيم الأسرة أكبر من « لولاب ليس » ، لأنها أسهل فى عملية التركيب ، ولا تحتاج إلى وقت طويل ، أو مجهود من العاملين فى المركز . وما لا شك فيه أن محمدس الأطباء للواقى الرحمى سوف يحتفى ويتبنوا بصفة عامة ، فقد فقدت هذه الوسيلة أهميتها فى العيادات الخاصة . وقد كان من سياسة الحكومة دائماً تقديم لولاب ليس مجاناً لكل الأطباء ، ثم يقوم الأطباء بعد ذلك بتقاضى أجر تركيبها من النساء اللاتى يترددن عليهم ويدفعن أجر الكشف . إن الطلبات الكثيرة على لولاب ليس كانت ظاهرة ملحوظة فى بداية الخطوات الأولى للبرنامج ، لكنها انخفضت جداً

الآن ، وقل من الأطباء من يطلب كليات إضافية منها ، ويرجع ذلك إلى أن الطبيب يتحمل مسؤولية نتائج استخدام وسيلة الواقي الرحمي أكثر من أي وسيلة أخرى ويعتبر مسؤولاً عن الفشل الذي يمكن أن تسببه بحدوث حالة حمل لسيدة استخدمته . وقد كانت تجربة فلوريدا « البلد الآب » في برنامجها لتنظيم الأسرة تجربة مثيرة للغاية ، حيث أصبح الواقي الرحمي هو الوسيلة المفضلة ، وذلك عقب استخدام اللولب على شكل حرف « T » .

وقد تم إنشاء معمل لتحاليل الخلايا وكشف أمراضها في كنتستون في جامايكا ، ويتم تدريب الفنيين على هذا العمل . والمعروف أن سرطان الرحم يمثل نسبة ٣٠ في المئة من حالات السرطان في جامايكا ، وهو أحد الأسباب الشائعة التي تؤدي إلى نسبة عالية من الوفيات بمرض السرطان ، وقد وجد أنه من المستحسن تقديم خدمات في علم الخلايا كجزء من برنامج تنظيم الأسرة عن طريق أخذ عينات خلوية من السيدات اللاتي يترددن على مراكز تنظيم الأسرة لفحصها وإجراء التحاليل اللازمة ، على أن يتكرر ذلك كل سنة للتأكد من خلو السيدة من الأمراض الخبيثة . ومزايا هذا العمل واضحة ؛ لأن هناك دائما إشاعات ضارة تعيش في أذهان كثير من السيدات وترتبط بين وسائل منع الحمل والسرطان .

إدماج خدمات تنظيم الأسرة في الخدمات الصحية :

يؤمن الكثيرون بأن تنظيم الأسرة سوف يجذب عدداً أكبر من المتردات على المركز إذا اندمجت خدماته في الخدمات الصحية ، بدلاً من أن يعمل البرنامج في عزلة عن تلك الخدمات ، ومن ثم ألغيت عيادات تنظيم الأسرة في المراكز الصحية والمستشفيات القائمة ، وتم استخدام كل من يمكن استخدامها من العاملين في الصحة العامة من ممرضات صحة عامة ومولدرات . وقد تم تعيين طبيب الصحة في كل مركز صحي في الأربع عشرة أبرشية ، مشرفاً إدارياً على تنظيم الأسرة ، وأصبح هو مسؤولاً عن تنظيم خدمات تنظيم الأسرة

والبرامج التعليمية في أبرشية ، ونظراً لأن هيئة واحدة من الموظفين أصبحت تعمل في مجالات أوسع من التثقيف الصحي ، وتشرف على عيادات ما قبل الولادة وعيادات رعاية الطفولة في هذه المراكز الصحية التي تشمل كل أنواع الخدمات فإن الاتصال بالسيدات يكون سهلاً وميسوراً مما يساعد على كسب ثقتهم وإقناعهم بتنظيم أسلهم .

تدريب العاملين :

واجهت جامايكا ، مثل كل الدول النامية ، نقصاً في الأطباء والممرضات ، ويعتبر قبول الممرضات المثقلات بأعباء العمل القيام بدورهن في مقدمة العاملين في هذا البرنامج شهادة طيبة لهن . ويتم عقد دورات تدريبية منظمة للممرضات الصحة العامة وممرضات المراكز الصحية ومشرفي التمريض والمتقنين الصحيين . وتتخذ الآن جامعة جزر الهند الغربية مقراً لهذه الدورات التدريبية حيث تستغرق كل دورة أسبوعاً . وسيتمسح مجال التدريب بحيث يشمل مفقشي الصحة العامة والمولدات . وفي بداية البرنامج كانت هناك محاولة لتدريب ممرضات الصحة العامة على كيفية تركيب الواقي الرسمى . إلا أن فترة التدريب كانت غير كافية ، وتم إلغاء هذه الفكرة وتجاهلها تماماً لأنه ثبت أنه لا يمكن انتزاع الممرضات من عملهن لمدة طويلة كافية ، وهي المدة التي يتطلبها التدريب السليم ، وقد برزت نفس المشكلة بالنسبة للأطباء ، إذ أصبح اليوم من الصعب تنظيم برنامج تدريبي لهم .

التعليم أو التثقيف :

إن جامايكا تدرك أن أمامها شوطاً طويلاً من الجهد الشاق لتعليم الناس الفاعلة التي سوف تعود عليهم من تنظيم الأسرة عن طريق استخدام وسائل منع الحمل ، وذلك حتى تتحطم حواجز التعصب والخرافات والجهل التي تعرقل جهود العاملين في ميدان تنظيم الأسرة . ومن أمثلة هذه المعتقدات :

١ - الخوف من الإصابة بمرض السرطان : نتيجة الاعتقاد الخاطئ . بأن السرطان يحدث بسبب استخدام وسائل منع الحمل خصوصا وسيلة الواقي الرسمى .

— خوف الرجال من الحياة الزوجية : الاعتقاد بأن استخدام الواقيات لوسائل منع الحمل سوف يؤدى إلى الخيانة الزوجية وعيب الزوجات .

— الخوف من اعتلال الصحة . هناك خرافة تقول : بأن المرأة يجب أن تنجب أكبر عدد من الأولاد ، لأن التدخل ضد مجرى الطبيعة سيصيبها بالضرر والأمراض .

— الخوف من زيادة الجنس : الاعتقاد بأن تحديد النسل هدفه قتل الجنس الزمنى .

كما كانت بعض نصوص الكتاب المقدس تفسر بطريقة حرفية لاستخدامها ، كالسيف المصلت ضد تنظيم الأسرة ، ومن هذه النصوص : أكثر من النسل وأثر الأرض ، أو « إن الله كفىل بهم » ، وكانت هذه النصوص تفسر على أنها أمر إلى يدعو إلى كثرة التناسل بلا حدود .

كذلك كانت هناك خرافة قديمة فى طريقها إلى الزوال تقول إن العقود الخيالية الموجودة هل الحبل السرى تشير إلى عدد الأولاد الذين خوف تنجبهم السيدة . ولم يعرف حتى الآن هل كانت البدايات القرويات غير المدربات اللاتي يطلقون عليهن اسم « نانا » يرددن هذه « القرارات » فى آذان الأمهات فى أثناء الولادة الأولى فقط ، أو عند الولادات المتكررة .

إن خجل المرأة من العقم ، والفلسفة التي يرددنها الرجل من أن وجولته تتناسب مع عدد ما ينتجه من أولاد ، هما من المعتقدات التي لاتزال موجودة فى جامايكا ، قد يكون لها جذور فى ماخى العبودية الذى كان شائعا فى البلاد .

إن معارضة الرجال هى العقبة الحقيقية دون شك أمام برنامج تنظيم الأسرة . وجزء كبير من جهود جامايكا فى ميدان التثقيف — بل لعل أهم جوانب البرنامج —

يجب أن يجمع هذا العامل في الاعتبار ؛ إذ لا توجد حتى الآن فرصة مناسبة للوصول إلى جماعات كثيرة من الرجال . كما توجد بالنسبة للنساء الثلاث يمكن الاتصال بهن عن طريق مراكز رعاية الطفولة وعيادات ما قبل الولادة ، حيث يحصلن هناك بطريقة طبيعية على توجيهات خاصة بتنظيم الأسرة . إن قلة تمس الرجال لمشروع تنظيم الأسرة أمر معروف ، ومن الصعب التغلب عليه ، بسبب صعوبة الاتصال بهم ، وبسبب قلة اهتمام هؤلاء الرجال برعاية الأطفال الذين يحميئون نتيجة علاقات غير مستديمة . غير أنه يمكن التغلب على كثير من هذه العقبات بواسطة الزيارات المنزلية التي يقوم بها المثقفون في ميدان تنظيم الأسرة لتوعية الناس . وتتطلب هذه الخطوة عدداً كبيراً من المثقفين الرجال ليقوموا بهذه المهمة التي تتطلب حذراً كبيراً ، لأن المداواة المكشوفة لتنظيم الأسرة لا يفصح عنها الناس أبداً ، فهم يمارضون المشروع نتيجة خوفهم من إبادة جيلهم ، ومن الصعب تحديد مدى انتشار هذه الاتجاهات الخفية عند تنظيم الأسرة ، التي يمكن أن تستثار نتيجة حملات الدعاية السيئة التي تستخدم فيها طرق الضغط الشديد على الناس لفهم لعمل معين .

والأمر الملاحظ أن كثيراً من الزوجات يذهبن إلى عيادات تنظيم الأسرة دون علم أزواجهن وإذنهم ، فإذا استخدمت السيدة وسيلة الواقي الذمي فسرعان ما يكشف الزوج الأمر ، لأن هذه الوسيلة تظهر بطبيعتها نفسها ، وعندما تطلب السيدة نزع الواقي الذمي يعرف الطبيب أن الزوج وراء هذه الخطوة . ومن الواضح الآن أن توافر العيادات ضرورة هامة ، ولكن لا يقل عنها أهمية ضرورة تقديم برنامج سليم للتثقيف ، على أن تستمر حملة التثقيف داخل إطار النشاط العام للتثقيف الذي يشرف عليه مكتب التثقيف الصحي الذي عين له معلم صحي خبير . وهناك نقص كبير في المبلين الصحيين في جمايكا لأن مستوى مرتباتهم كبير جداً ، لذلك فإن البرنامج يعمل على ملائمة هذا النقص ، بإعداد مثقفين في ميدان تنظيم الأسرة لتوفير الاكتفاء الذاتي للمشروع عن طريق تدريب العاملين به ، ويتم اختيارهم من بين المتخصصين

الاجتماعيين ، والمدرسين ، وممرضات الصحة العامة ، ومفتشى الصحة ، وهذه الخطوة من أهم الاحتياجات الملحة التي يتطلبها المشروع في جامايكا ولتحقيق هذا الهدف تم تنفيذ مشروع تجريبي عن طريق هيئة جامايكا لرعاية الطفولة حيث تم تدريب مجموعة من المتطوعين ليعملوا كمتقنين في ميدان تنظيم الأسرة . وبعد التدريب عادوا إلى مجتمعاتهم الصغيرة للقيام بالتحقيق . وقد اهتم المسؤولون بهذه التجربة اهتماماً بالغاً ، وقام مشروع آخر مماثل ؛ وهو نظام « الزائرات المشجعات » الذي اتبعته جمعية جامايكا لتنظيم الأسرة ، وهو عبارة عن استخدام المتردّدات على مراكز تنظيم الأسرة الثلاثي يتبعن لها ، في تشجيع جاراتهن وزميلاتهن على التردد على المراكز ، وتتقاضى من تقوم بهذه المهمة خمسة جنيهات في الأسبوع .

وقد أظهر رجال الدين تساعاً عظيماً ، وتفهماً عميقاً بالنسبة لتنظيم الأسرة ، وخاصة الروم الكاثوليك الذين قاوا بدور هام في نشر الفكرة ، وقد بدأ هذا النشاط من يناير سنة ١٩٦٥ عندما تم افتتاح هياديين لتنظيم الولادة ، ويوجد الآن أربع هيادات لنفس الغرض . وفي بداية سنة ١٩٦٧ تم افتتاح مركز لاستشارات تنظيم الأسرة يعمل به أطباء متطوعون وممرضات . وبالإضافة إلى التشجيع الدائم المستمر لوسيلة فترة الأمان كوسيلة لمنع الحمل فإن هذا المركز يقدم أيضاً وسائل أخرى لتنظيم النسل . وترى كنيسة الروم الكاثوليك أن المشكلة هي مشكلة احتياج الناس التحقير فيما يخص بالحياة الامرية ومسؤولياتها . وإلى جانب الكنيسة ظهر اهتمام آخر في المدارس عندما تضمنت البرامج الدراسية مواد عن القرية الجنسية أملا في خفض حالات الحمل بين الفتيات الصغيرات .

إن إدارة برنامج تنظيم الأسرة في جامايكا قد تمت إعادة تنظيمها وانفصلت من وزارة الصحة ، وأصبحت تحت إدارة هيئة تأسيسية هي المجلس القومي لتنظيم الأسرة ، وكانت ميزانية تنظيم الأسرة سنة ١٩٦٦ تبلغ ٦ آلاف جنيه ، زادت سنة ١٩٦٧ إلى ٧٠ ألف جنيه ، ثم أصبحت ٢٠٠

ألف جنيه في سنة ١٩٦٨ ، وتؤكد الأرقام الميدية من مكتب الإحصاءات العامة أن معدل المواليد قد انخفض من ٣٨.٨ مولودا في الألف في سنة ١٩٦٦ ، إلى ٣.٨٩ مولودا في الألف في سنة ١٩٧٠ ، وذلك بنقص أربعة آلاف مولود سنويا تقريبا ، وقد كان لكثير من الموامل دخل في تخفيض عدد المواليد في جامايكا . لكن برنامج تنظيم الأسرة كان عاملا مؤثرا بلاشك .

ويهدف البرنامج للوصول إلى عشرين ألف سيدة يستخدمن وسائل منع الحمل لأول مرة كل سنة ، والهدف من ذلك هو خفض معدل المواليد من ٣٩ في الألف إلى ٢٥ في الألف خلال ١٠ سنوات ، وهو هدف طموح ، ولكنه ليس هدفا خياليا . . وقد وصفه أخيرا وزير الصحة في تصريح عام بأنه من أكثر البرامج التي قامت بها الوزارة طموحا . ويمكن أن ينجح هذا البرنامج إذا تم تنفيذه بنفس القوة والحماسة والعزيمة التي تم بها تنفيذ برامج الصحة العامة في الماضي في حملتها على الأمراض ، (مثل الملاريا ومرض التوت الجلدي ومرض السل) . أما إذا أخفق برنامج تنظيم الأسرة فإنه من الصعب أن تحقق جامايكا تقدمها الاجتماعي والاقتصادي ، وهو ما يصبو إليه شعبها .

شيلي : وباء الإجهاض

هرنان روميرو

في أبريل سنة ١٩٦٧ تم استضافت سنتياجو ، عاصمة شيلي ، المؤتمر السابع و للاتحاد الدولي لتنظيم الوالدية ، الذي اشترك فيه ١٨٠٠ عضو من أكثر من ٩٠ دولة . وقد كان من الممكن أن يتجاوز عدد الأعضاء هذا الرقم ، لولا عدم توافر إمكانيات المعيشة لعدد أكبر . لكن مما يدهو إلى الفخر سماع كثير من ملاحظات الاستحسان حول ضيافة شيلي الكريمة . وأكثر من ذلك أن كثيراً من الأعضاء صرحوا بأن هذا الاجتماع يعتبر أحسن المؤتمرات العالمية تنظيماً ، بالنسبة للمؤتمرات التي حضروها من قبل . وفي الجلسة الافتتاحية لهذا المؤتمر ، ألقى إدوارد فوى ، رئيس الجمهورية الشيلية ، كلمة أعلن فيها أن شيلي لديها عقلية متفتحة بالنسبة لموضوع تحديد النسل ، وأنه سوف ينظر بعين الاهتمام إلى النتائج التي سيتوصل إليها المؤتمر .

ومن حسن حظ كاتب هذا المقال أنه عين سكرتيراً تنفيذياً للمؤتمر ، بجانب إشرافه على الترجمة الإسبانية في أثناء الجلسات . وكانت كل من الميزتين السابقتين فرصة كبيرة له للتعرف بمدى اتساع دائرة العلوم المرتبطة بتنظيم الأسرة ، ومدى التقدم في المعلومات والبحوث ، وبمجالات التطبيق العملي . وإلى جانب معظم المشتركين من الأطباء المتخصصين شهد المؤتمر بعض المعلمين والمتخصصين في الدراسات السكانية والعلوم الاجتماعية والإنسانية والاقتصادية وأساتذة علم النفس . كذلك حضره أيضاً مجموعة كبيرة من الوزراء ليكونوا شهود عيان لمناقشات المؤتمر ، وليروا بأنفسهم كيف أن هذه المشكلة قد ظهرت بشكل

واسع كل الفنون الهيتية ومرافق الحياة . وعلى الرغم من وجود وسائل اقتصادية وفعالة وغير خازرة لتحديد النسل ، فإن الوسيلة المثلى لتنظيم الأسرة ، لم توجد بعد . وقد حذر وفرانك نوتشتايز ، أنه حتى في حالة وجود هذه الوسيلة المثلى ، فإنها سوف تفشل بسبب الافتقار إلى التعليم الضروري وعدم التنظيم الكافي .

وقد كان لهذا الاجتماع فائدة كبيرة ، إذ تاح الفرصة لتبادل نتائج التجارب وأساليب التطبيق والممارسة تحت الظروف المختلفة في العالم ، ويجب إضافة حقيقة هامة ؛ وهي أن جزءاً كبيراً من نجاح هذا المؤتمر اعتمد على مساعدة الأفراد المتطوعين في ميدان تنظيم الأسرة به . وتكشف لنا هذه الحقيقة أنه ليس المسؤولون الرسميون وحدهم المعنيين فقط بهذه المشكلة ، ولكن جماهير الشعب أيضاً . وفي الوقت نفسه تبين هذه الحقيقة مدى التعاون الممكن توقعه من مختلف الدول نتيجة هذا الاجتماع .

ولذا تسأل أحد : لماذا لم تتقدم شيلى فى الناحية الاقتصادية والاجتماعية
فإن المؤلف يرد قائلا : إن فكرة الثورة فى جو من الحرية ، (كإسبانيا
لنحس الجمهورية وحره) غير سائدة فى شيلى .. وإنما الفكرة السائدة هى
أن تكون الاتحاد المزايدة أو التعلقات الزائدة . وإنه لمن المحير حقا أن ترى دولة
منظمة مستقرة يحكمها أفراد ذوو قدرات خاصة وكفايات عالية (معظمهم من
ضواحي) إنما تطالب بالثورة التى هم من ذلك تتقدم ببطء شديد !! فالشعب الشيلى
على يقين كبير من حصول الإصلاح والنشاط والحياة . وبفضل مزاجه الوطنى
لم يكتف فى تشيلى ثورة من الثورات الديمقراطية التى تحتاج بها أمريكا اللاتينية ؛
بل أن السليبيون انظار كل إلى وجهى الثورة وثباتهم وثقتهم خاصة على قدر
تكميل لمن لا يتوانى فى العبث بوضعنا عليه !! إنه رأى شيلى بقلوبها

حزب الأحرار ليكونوا الحزب الوافى الحالى) وأكد فيها أنها إرادة الله، أن يكون فى الأرض أقلية من الأغنياء وأكثريه من الفقراء . وإذا تجرأ أحد على الاعتراض على مشيئة الله فإنه سوف تحدث كوارث مروعة . وفى تلك السنين وبعدها بكثير من السنين ، كان الرضا بما منحه بقدر لكل فرد يستمر عملا صالحا . أما الآن فقد حل التمرد والمصيان محل الرضا والإذعان . وكل فرد الآن يريد أن يحسن حاله وحال أسرته فى أفصر وقت ممكن . وهذه الرغبة تفسر الاتجاه إلى الحكم على المواقف الوطنية بكل قسوة ، كاتفرس الميل إلى العمل على التخطيط فى ميدان التعليم والاقتصاد والزراعة وتختلف أوجه النشاط الإنسانى ، وهذه الرغبة التى لا تطبق الانتظار تودى إلى سقوط الحكومات الواحدة تلو الأخرى فى كثير من البلاد الشقيقة ، وذلك لأن الناس يحدون حكوماتهم غير قادرة ، ولأن أحوالهم لا تتحسن بسرعة كافية . ولعل الرغبة فى تحسين مستوى المعيشة هى السبب أيضا فى الهجرة من الريف . فأهل الريف يتدفقون على المدن منجذبين وراء سراب المرتبات السكبرى والوظائف المستقرة ، والضمان الاجتماعى . وخدمات الرعاية الاجتماعية، أو على أمل فرصة بعيدة للعمل فى الحكومة ، ولو حتى فى وظيفة صغيرة . كما أنهم ياملون ويرضون أيضا لتحقيق فرص لتعليم أنفسهم وأطفالهم ، بعد أن أثبتت لهم التجارب أن التعليم هو خير وسيلة لتسليق السلم الاجتماعى والاقتصادى .

ومن المهم أنه — بعد مناقشة كل الأمور التى سبق ذكرها — قال الرئيس « فىرى ، فى حديث أخير له بالإذاعة : إن المشكلات التى تواجهها حكومته ، والأوضاع السياسية غير المستقرة ، هى كلها نتيجة « الطموح المكبوت » ، فقد شعر أنه مضطر إلى زيادة الإنفاق الحكومى بدرجة غير معقولة لمواجهة احتياجات الناس المتزايدة للبدارس والمطالبة بتحسين مستوى التعليم فيها ، والمطالبة بالإنهاء الجيد ، والإسكان الصحى . وبالاختصار : احتياج الناس لرفع مستوى معيشتهم فوراً وأكثر من ذلك أنهم ما زالوا غير راضين عن التقدم الذى يحققونه الآن .

وبمرور السنين فإن كاتب هذا المقال أصبح يكره كلمة الانفجار السكاني ،
ليس فقط لأن هذا الانفجار لم يحدث ، بل لأنها توحي بأن مثل هذا الانفجار
يمكن أن ينتهي فجأة . إن الانفجار الذي حدث هو انفجار من وجهة نظر
خبراء الدراسات السكانية ، وزعماء المجتمع ، وغيرهم من المراقبين . ولكن
الواقع أنه قد حدث فعلا انفجار في حجم الأسرة الصغيرة . مثال ذلك أن
الاب إدوارد جيپوت (أو سينيور كما يطلق عليه الأمر يكون) قد سمى
كل أبنائه الخمسة باسم إدوارد على أمل أن يعيش واحد منهم ، فيخلد اسمه .
وهكذا سمى مؤرخنا العظيم ، ومحدثنا هو نفسه أنه تم تمييده عندما كان
أخوه الذي يحمل نفس الاسم ما زال على قيد الحياة . وعندما ظهرت على
هذا الأخ مظاهر الضعف والمرض فقد بدا أن أجله قد اقترب ، ولم يعد من
الضروري أن يكون لدى الإنسان خمسة أطفال لضمان وجود واحد أو اثنين
على قيد الحياة . ونتيجة لهذا التفكير فإن الأسرة قد انفجرت ، بالفعل ،
وفي نفس الوقت فإن الأجور منخفضة ومعددة بصرامة ، لدرجة أن حجم
الأسرة في العادة هو العامل الذي يمكن أن يحدد حسن ظروف الحياة
أو نفاسها .

إن المكاسب التي تنجم عن إنتاج المواد ليس لها أي أثر ، لا لكثرة
المواليد غسب ، بل لأن هؤلاء المواليد يصبحون مواطنين لهم حقوق . وما
زال هناك في الواقع مجموعات سكانية كبيرة مهمة لاتلقى أي رعاية في أمريكا
اللاتينية ، لكنه من الواضح أنه في كل سنة ، ينضم عدد كبير منهم إلى أفراد
المجتمع المعمر . وباختصار فإن هذا التدفق يزيد من الخدمات والاستهلاك
دون الإنتاج . فهؤلاء القادمون الجدد يطلبون مساكن ومرتبات وفرص تأهيل
لأنفسهم ولأولادهم ، ولكنهم عادة ما يشغلون وظائف الخدمات أكثر
 مما يعملون أو يقتحمون ميدان الإنتاج ، ذلك لأن بعضهم ليس لديه سوى
قدر بسيط من التدريب والبعض الآخر لم يتلق أي نوع من التدريب ،
وبالتطبع ليس لديهم رأي مال .

إن رغبة الشيليين في تحسين مستوى معيشتهم بأسرع ما يمكن ، وإدراكهم أن الأسرة الكبيرة الحجم عادة ما تكون عبء رئيسية ، يجعلهم شديدي الرغبة في استخدام طرق تحديد النسل ، وتبين البحوث المتعددة أن السيدات من كل الطبقات الاجتماعية يمتدّن سن الرابعة والعشرين هي السن المثالية للزواج ، وأن الأسرة المثالية في نظرهن هي التي تضم أربعة أولاد ، على أن تكون هناك دائماً فسحة من الوقت بين ولادة الطفل والآخر ، وتقدر هذه الفترة بستتين ونصف سنة . وقد أظهر البحث أيضاً أنه بين كل خمس سيدات توجد أربع يرغبن في أن يكون تنظيم الأسرة تحت رعاية رسمية ، مع ضرورة تغيير كل الإمكانيات له حتى تصبح خدماته في متناول الجميع ومع ذلك فإنه حتى ٢٠ ٪ في المئة اللاقي أثبت البحث أنهن يرفضن تحديد النسل نتيجة معتقدات عادة ما تكون ذات صفة دينية ، فإتفن يمارسن فعلاً وسائل تحديد. ونتيجة لذلك فإن كل مركز تنظيم أسرة جديد يفتتح يمتلئ فوراً بالزائرين ، وقد أدهشت حرفة الانتظار المزدحمة الزوار الأجانب الذين زاروها . ولأنّ الزبون المرتاح هو دائماً أفضل دعاية — وهذا هو ما توفره مراكز تنظيم الأسرة لربائنها — نجد أن تحديد النسل يحدث في سمّت لأن الطلب أكثر من العرض . وبشكل الأطباء المنصر الأساسى ، أو ما يمكن أن يسمى حق الزجاجة في برنامج تحديد النسل ، لأن المراحل الأولى منه تعتمد عليهم تماماً . وهم يمثلون مشكلة ، ليس فقط لأنهم قادرون ، بل لأنهم بالتأكيد مشغولون جداً لدرجة أنهم لا يستطيعون تكريس أنفسهم لنوع معين من النشاط أصبح إلى حد ما شاقاً وعملاً ، ما لم يقترن هذا النشاط بالبحث أو الحوافز . وبناء على ذلك ، فإن الأطباء عادة ما يتم التعافد معهم على أساس ساعى عمل في اليوم ، ولهذا السبب فإن شيل لم تستطع أن تقوم بحملاتها التثقيفية لتحديد النسل على نطاق واسع .

ويجب أن نذكر هنا موقف الكنيسة الكاثوليكية بالنسبة لتنظيم الأسرة ودور السياسيين وبقية الناس . ومن الواضح أن موقف الكنيسة يختلف من بلد إلى آخر ، ونظراً لأن الكنيسة الشيلية ليست موحدة الكلمة ، فإن

المؤمنين بتنظيم الأسرة من المحتمل أن يجدوا قسماً في كل مكان يتعاطفون مع قضيتهم أو مستعدين للتعاون بجدية وبشاط . وهناك مثالان يمكن أن يوضحا هذه النقطة . المثال الأول من شيلي حيث توجد جمعية كل أعضائها من كبار الأطباء الكاثوليك ؛ من أكاديمية سان لوكاس الطبية ، وقد عقدت هذه الجمعية جلسة لمناقشة تحديد النسل ، وأذنت لكاتب هذا المقال في حضورها ، ومن العجب أن الجلسة أخذت شكل مناقشات المائدة المستديرة ، وقد رأسها هـ . أ . راؤول والكاردينال سيلفا هنريك رئيس الكنيسة الشيلية ، وحضر الجلسة طبيب أخصائي في أمراض النساء والولادة (على درجة كبيرة من التدين) فدافع عن وسيلة الواقي الرحمي دفاعاً بليغاً ، وصرح بأنه يستخدمها في كل من المستشفى وعيادته الخاصة . وقد اختتم الكاردينال الجلسة مؤكداً أنه أصبح من واجب كل زوجين تنظيم حجم أسرتهما . وأنه ليس هناك مبادئ عامة ، أو قواعد جامدة ، يمكن وضعها لاختيار الوسيلة التي تستخدم ، ففي وسع الزوجين أن يعتمدا على رأيها الأخلاقي الخاص .

والمثال الثاني في فنزويلا ؛ فهناك — كما يقال — ينصح القساوسة السيدات في أثناء الاعتراف بأن مشكلة تحديد النسل ليس لهم اختصاص فيها ، بل هي من اختصاص الطبيب ؛ لأنها طبية بالدرجة الأولى ، ويجب أن تؤخذ نصيحة الطبيب نفسه لا نصيحة النفسيس . وهكذا تترجخ السيدات من عذاب تأليب الضمير ويشعر الأطباء بالحرية في استخدام وسائلهم للطبية .

والمعارضة السياسية ليست مشكلة إذا تبنى السياسيون اتجاهات عدائية نحو تحديد النسل ؛ لأنهم سوف يكونون مغلوبين على أمرهم إزاء مطالب الجماهير واحتياجاتهم ، مثلهم مثل موقف الكنيسة الكاثوليكية . فالسياسيون سيخسرون أصوات الناخبين وشعبيتهم ، والكنيسة سوف تفقد رعاياها . هل أن هناك بعض الأشخاص في مراكز ذات مسئولية يسبون ضرراً لمشروع تحديد النسل عندما يحدون بلبلة في الرأي العام بطريقة من طرق ذحرب المصائب ؟ .

ومن أمثلة الحجج التي يتفكرون بها عادة أن أمريكا اللاتينية تارة قليلة السكان ، لأن كثافة السكان تصل إلى ١٢ شخصاً في كل كيلو متر مربع ، في حين أنها تصل في آسيا إلى ٦٠ شخصاً في كل كيلو متر مربع ، وتصل في أوروبا إلى ٨٥ ، بجانب وجود مساحات شاسعة غير أهلة بالسكان . هل أن الضغط السكاني في حد ذاته يمكن أن تكون له قوة ديناميكية إيجابية : فالأرجنتين وأوروغواي اللتان لسيهما معدل سكاني منخفض جداً ، تتقدمان ببطء ، وبطريقة غير مرضية عن فنزويلا والبرازيل والمكسيك ، وهي من البلاد ذات المعدلات العالية في نمو السكان . ويقولون أيضاً إن تحديد الذئب أمامه فرصة ضئيفة للنجاح ، حيث إن الأعداد الكبيرة من الناس الذين ولدوا قد بدأوا يصلون إلى سن الإخصاب فعلاً . وفي ظل الظروف الراهنة فإن الأسرة الكبيرة ذات فائدة ؛ لأن الأطفال الكثيرين يساعدون والديهم ويؤمنونهم في الكبر . وهل إذا استطاعت شيلي أن تخفض معدلات مواليدها أفلا تقل القوى العاملة في المستقبل في ميدان التنمية ؟

وهل لا تملك شيلي موارد هائلة لم يتم استغلالها بعد ، أو لم يتم اكتشاف الكثير منها بعد للعمل على استغلالها واستثمارها ؟ وهل يمكن مقارنة وضع شيلي باليابان ، أو الصين ، أو الهند ، أو إندونيسيا ؟

من الواضح أن هذه الحجج يمكن تفنيدها واحدة بعد الأخرى .

إن شيلي تنتمي إلى ما يسمى « بدول العالم الثالث » ، وموقفها مثل موقف الرجل الغني الذي فقد مفتاح خزائنه ويحاول بكل يأس أن يفتحها . فبالرغم من أنه توجد مساحات واسعة غير مأهولة بالسكان ، فإن الناس استمروا في التكدس في المدن الكبيرة ، وخصوصاً العواصم . وحجم للعواصم ليس معناه الكسل ، أو فقدان روح الإقدام عند آباءهم الأولين ، إنما المشكلة هي أنه تنقسم الأموال الضخمة التي تتطلبها تنمية أحواض الأمازون والاورينوكو والماجد لينا . لذلك يجب ألا نقساء أبدأ : هل شيلي يمكن أن تكون

أحسن حالا لو أن فيها عدداً كبيراً من السكان ؟ وقد أوضح « كينجسلي دافيد ، بعض أوجه التشابه بين الأرجنتين وأستراليا وبين شيلي ونيوزيلندا . فكل من هذه الدول تطل على المحيط ، ومتوسط دخل الفرد فيها أكثر منه في شيلي ثلاثة أضعاف أو أربعة . ومن الواضح — بالرغم من كل هذه الإمكانيات — أن هذه الدول لا تريد أن تزيد من الضغط السكاني فيها . والدليل على ذلك أن أستراليا — وهي القارة الواسعة — قد حددت الهجرة إليها منذ سنوات ،

ولقد زار هذا المؤلف الهند سنة ١٩٥٥ كمضو في لجنة الأمم المتحدة التي أرسلت إلى الهند بناء على طلب حكومتها لدواسة مشروعها القومى لتنظيم الأسرة . وقد قال أحد الفلاحين لأعضاء الوفد : إنه منذ أصبح التعليم الابتدائى إلزامياً فإنه أصبح يحتاج إلى ابن آخر ينضم إلى أولاده الآخرين الذين يقومون بمساعدته لتعويضه عن إرسال أى طفل إلى المدرسة . وفى الظروف البدائية ، فإن وجود هؤلاء الأطفال يصبح ثروة ، ولكن إذا كانت الحال كذلك فإنه يتعين على السياسيين ألا يدعروا جهودهم للإبقاء على الوضع الراهن . والواقع أن المشكلة هى فى سرعة النمو . ومثال ذلك أن شخصاً قد يستفيد إذا كسب عشرين جنياً ، ولكن من المحقق أنه إذا حاول أن يكسب هذا المبلغ فى مدة شهر فإن ذلك يضر بالصحة .

ومن المعروف أن أمريكا اللاتينية إحدى مناطق العالم التى بها أعلى معدل فى النمو السكاني ، فبينما معدل النمو بين الجنس البشرى يصل إلى ٢ فى المئة فى السنة بصفة عامة ويتضاعف كل ٣٥ سنة ، فإن معدل أمريكا اللاتينية قد وصل فعلاً إلى ٢ فى المئة فى السنة ويتضاعف كل ٢٣ سنة ، ومن المتوقع زيادته إلى ثلاثة أضعاف قبل نهاية القرن العشرين وقد يكون من مائة القول مناقشة العوامل التى أدت إلى هذه الحالة — يكفى أن نذكر باختصار النتائج التى ترقبت على ارتفاع معدل الإخصاب . وأولى هذه النتائج سوء توزيع السكان بالنسبة لمجموعات السن فى كل الدول ، ما عدا ثلاث دول فقط ؛ الأمر الذى

جعل السكان تحت سن ١٥ سنة يزيد عددهم إلى أكثر من ٤٠ في المئة من
من السكان ، في حين تبلغ نسبتهم ٢٠ في المئة في أمريكا الشمالية ، وفي أوروبا
٢٥ في المئة ، معنى ذلك أنه لا يكفي فقط توفير التعليم لهؤلاء الأطفال ، بل
إن هذا التوازن غير الطبيعي في عدد السكان غير العاملين يتطلب أن تكون
الموارد كلها مسخرة للاستهلاك لزيادة الدخل القوي . وفي سنة ١٩٥٠
كانت أمريكا اللاتينية تحتل مكاناً دائماً في السوق الدولية كمصدر للقمح ، لكن
في الوقت الحاضر عليها أن تستورد الغذاء ، مما يسبب خسارة جسيمة للاقتصاد
القوي . وبالرغم من أن ميزانية التعليم قد تضاعفت منذ سنة ١٩٥٧ فإن
أمريكا اللاتينية أصبحت بها الآن أميون أكثر من أي وقت مضى . والارتفاع
تدل على ما بين ٩ و ١٢ مليون طفل لا توجد لهم أماكن في المدارس الآن .
وبرغم الجهود العظيمة التي تبذل في توفير الخدمات ، فإن مشكلات الإسكان
والتنظيم السكاني في ازدياد .

إن الزيادة في الإنتاج السنوي الإجمالي غير قادرة على رفع متوسط دخل
الفرد بسبب عدد المواليد الذي تجاوز حده ، وبسبب العدد الكبير الذي
تكدس في المدن .

وثاني شئ بعد كوبا في احتلال مركز متوسط في السلم السكاني . أما
الأرجنتين وأوروغواي فقد وصلتا إلى أحد طرفي السلم ، وأمتنا دروتهما
السكانية ، ولكن عدد السكان يزيد فيها الآن ببطء ، أما بقية دول أمريكا
اللاتينية فتقف على الطرف الآخر من السلم ، حيث يزيد معدل النمو عن ٣ في
المئة في السنة ، وفي بعض البلاد يصل إلى ٤ في المئة . وربما كان معدل النمو
السكاني في كوستاريكا وجمهورية الدومينيكان أعلى معدلات النمو السكاني
في العالم .

لكن شئ لديها ميزتان لا وجود لهما في أمريكا اللاتينية : الأولى تقدم
الخدمات الصحية القومية بالجمان (أو بحد أدنى من الاجر) إلى أكثر من

نصف عدد السكان في المستشفيات والعيادات والمراكز الأخرى في كل البلاد، والثانية أن الناس في شيلي قد تعودوا التردد على هذه المؤسسات والاستماع إلى نصائح الأطباء والمرضات والمولّدات وتتلقى المرضات والمولّدات تدريباً جامعياً لمدة أربع سنوات أو أكثر من خلال برنامج معتمد رسمياً. وبجانب دورهن في مساعدة الأطباء في المستشفيات والعيادات الخاصة، فإن هؤلاء المولّدات لديهن دائماً زبائن الخصوصيون، ويقمن بعمليات الولادة ورعاية الحوامل دون مساعدة الطبيب.

وافتره ماكان لدى كاتب المقال اعتقاد راسخ بأن برامج تحديد النسل أكثر ما تكون فاعلية في المناطق التي ينخفض فيها معدل المواليد بنفسه دون تدخل. وأن أي معدل للمواليد دون ٤ في الألف يعني بدون شك، أن تحديد النسل نافذ المفعول. وقد انخفض معدل المواليد باطراد خلال الثلاثين أو الأربعين السنة الأخيرة. وربما يكون أقل من الأرقام الرسمية. فلتدو وصل معدل المواليد في سنياجو إلى أقل من ٣٠ في الألف مولود في المدن، وفي بعض المناطق الأخرى التي لا يوجد بها برامج أو مراكز لتحديد النسل. ويبدو أن الشعب قد أخذ موضوع تحديد النسل بجدية وأصبح يطبقه بنفسه، ونفس الظاهرة يمكن ملاحظتها في الأرجنتين حيث انخفض معدل المواليد في الخمسين السنة الأخيرة إلى أكثر من نصف ما كان عليه حتى سنة ١٨٨٠. وكان الانخفاض بمعدل أسرع، وبشكل ملحوظ أكثر في المدن. وبدون شك فإن الانخفاض في معدلات المواليد يرجع، بصفة رئيسية، إلى حالات الإجهاض غير الشرعي، والتي تعتبر غير قانونية في كل من البلدين.

وكثيراً ما يقال إن أهل شيلي لا يعرفون ضبط النفس. وبالرغم من أنه ليس هناك دليل على ذلك، فإنه من المؤكد أن شيلي بها أعلى معدل لوفيات الأطفال في العالم. وفي الوقت الحاضر تعاني شيلي من مدمى المشروبات الروحية الذين أصبحت نسبتهم أعلى من الذين أصيبوا بالسلس خلال فترة الوباء من عدة

ستين . لذلك كان من الطبيعي أن يعترف الشيليون صراحة بصخامة مشكلة الإجهاض ، وفي سنة ١٩٦٦ اعترفت مصلحة الصحة القومية أن ٥٧ ألف حالة إجهاض قد حدثت ، واحتلت تلك ما يمكن أن تستوعبه كل عتابر مستشفيات الولادة . وهذه الأرقام هي بلا شك ما ظهر لنا ، وما خفي كان أعظم ؛ لأن هذه الأرقام جاءت من قطاع معين من الشعب ؛ وهو القطاع الذي يتردد على المستشفيات لتلقى الرعاية . وربما تكون هذه الأرقام هي الثلث أو أقل في التقدير العام . ففي أحد البحوث ثبت أن ٣١ في المئة فقط من حالات الإجهاض تذهب إلى المستشفى أو تلجأ إليه . وهناك الكثير من العيادات الخاصة التي تتم فيها حالات الإجهاض ، وقد كشفت البحوث أن بين كل حالتين أو ثلاث من حالات الولادة توجد حالة إجهاض . وأكثر من ذلك فإن حالة واحدة من كل ٥ حالات حمل يمكن أن تتعرض للإجهاض . وعندها تكشف هذه الحقائق حدث اضطراب كبير في البلاد .

وعلى أثر ذلك اكتشفت عدة دول أنها تعاني من نفس المشكلة ، بل كانت الحالة أسوأ في إحداها : فقد قامت الصيدليات فيها ببيع « اللاميناريا » (وهو عشب طيفيل بحري) إذا وضع في الماء فإنه يمتصه ويكبر حجمه ؛ فإذا وضع في حقن الرحم فإنه يمتص الماء من حقن الرحم فيعمل على توسيع العنق ؛ مثلاً يستخدم الطبيب الموصفات للمساعدة على إجراء عمليات الإجهاض بعد تعقيمها وتعبئتها في أكياس من السوليفان المعقم ، حتى تستطيع السيدات أن يستخدمنها في الإجهاض بالمنزل ، إن أطباء هذه البلاد الذين حضروا الدورات التدريبية في شيل كشفوا القناع واعترفوا بأن عياداتهم الخاصة معروفة للجميع ومعترف بها رسمياً تقريباً ، لكن هؤلاء الأطباء عادة ما يتقاضون أجوراً فاحشة نظير إجراء عمليات الإجهاض ، واعترفوا أن كثيراً من مواطنيهم قد وفقوا بين الناحية الأخلاقية وبين ممارسة تحديد النسل أو الإجهاض وبين رأى ديانتهم أيضاً . فهم يمارسون الاثنين ، أي : مناقضة الموضوع علناً والمواظبة على حضور الكنيسة . وفي رأى كاتب المقال أن

عمليات الإجهاض التي تجري في السر تعتبر عمليات كريمة وشنيعة ، لا لأنها تجعل حياة الناس معرضة لخطر المضاعفات والتلوث ، بل لأنها أيضاً ترفع عدد من يستفيدون منها ويستثرون استغلالها ، فهم أحياناً يبيعون أموال الناس ويهددونهم باقتضاح أمرهم .

وإذا اتسع المقام للكلام ، فمن المفيد أن أشير إلى ظاهرة من أعظم الظواهر التي حدثت في النصف الغربي من الكرة الأرضية ، وهي أن أهل أمريكا اللاتينية قد أخذوا ينظرون إلى أنفسهم على أنهم مواطنو أمريكا اللاتينية كلها ، لا مواطنو بلد معين في ميدان تحديد النسل . وآية ذلك عقد الدورات التدريبية في شيلي والمؤتمرات في « جالي » وتوجوسيغاليا ، وانتظام العمل في مراكز تنظيم الأسرة في كولومبيا ، وكلها أمثلة تشير إلى أنه أصبح ضرورياً أمام الأمريكيين اللاتينيين الأخذ بهذا الاتجاه الجديد . وقد اتهمص بلاد عديدة في الماضي بأنها أداة للاستعمار الأمريكي ، وأن شيلي ما هي إلا حقل تجارب للأمريكيين لمعرفة القدر الذي يمكن الحصول عليه من المعلومات عن تحديد النسل في بلد متخلف ، كما قيل أيضاً إن وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية لن تستمر في تقديم خدماتها للبرازيل إذا لم يتم عمل شيء بالنسبة لمشكلاتها السكانية .

إن تجربة شيلي يمكن أن تفيد الدول الشقيقة ، وبالذات الدول التي تواجه صعوبة ومعارضة في إنشاء برامج تنظيم الأسرة . إن العديد من خبراء تنظيم الأسرة في شيلي ، وبالذات الأطباء ، كانوا وما زالوا أكثر الناس قلقاً بسبب ارتفاع معدلات الإخصاب التي تؤدي إلى ارتفاع معدل الوفيات بين الأمهات والأطفال ، كما تؤدي إلى سوء التغذية وتفكك الأسرة ، وربما أدت إلى انحراف الأحداث ، ومن نتائجها الظاهرة أيضاً مشكلة الإجهاض الذي قيل منه بحق إنه أسوأ أوباء في هذا العصر . ولهذا السبب ، ولعلاج هذه المشكلات كلها اجتمع بعض المسؤولين الذين يهمهم الأمر وشكلوا لجنة صغيرة وبدأوا يناقشون

ماذا تم فعلا في موضوع تحديد النسل . وقد اكتشف أعضاء هذه اللجنة أن كثيراً من ربلائهم بدأوا العمل في هذا الموضوع فعلا في صمت ، وكانت هذه اللجنة مكونة من أساتذة علم الاجتماع ، والعاملين في ميدان الطب الوقائي ، وأطباء الولادة وأمراض النساء ، وعدد آخر من المختصين والمواطنين المهتمين بالصالح العام ، وقد استمرت اللجنة في النمو وحققت نجاحاً ملموساً ، وبمع ذلك لإنشاء الجمعية الشيلية لحماية الأسرة التي منحت معونات كثيرة وسخية من الخارج . ولكن الموارد الرئيسية جاءت من الاتحاد الدولي لتنظيم الوالدية والمجلس السكاني ومؤسسة فورد وركفلر والجامعات والهيئات الدولية الأخرى . وقد تم الاعتراف القانوني بهذه الجمعية وكان الاهتمام الرئيسي لها هو لإنفاق كل هذه المبالغ في الوجوه التي تعود على المشروع بالنفع ، وفي وسع أي متخصص مصلح يريد أن يفتتح عيادة لتنظيم الأسرة في مصلحة الصحة القومية ، أو في أي مؤسسة أخرى ، أن يطلب مساعدة هذه الجمعية بمد أن يعرض عليها الخطة التي سيقبها وهي تمت الموافقة عليها (إذا كانت صالحة للتنفيذ تم الموافقة عليها من مصلحة الصحة القومية) ، فإن الجمعية تمدّه بالمعدات والأدوية ، بل وبمبلغ شهري لدفع أجور الموظفين . ولما كانت التقارير الدورية تقدم إلى الجمعية فإنها تقوم بدور منظم المعلومات . وتجمع منها ما تثبت صحته رسمياً . وليس للجمعية أي وظيفة رقابية ، كما أنها لا تمارس أي سلطة على مراكز تحديد النسل .

واليوم توجد مراكز لتحديد النسل في كل مستشفيات سنياجو العامة ، كما توجد أيضا في مستشفيات الأقاليم ، وفي مختلف المؤسسات مثل الجامعات الكاثوليكية وهيئة الخدمات الصحية القومية للعاملين والصليب الأحمر . وقد شكلت كل من وزارة الصحة ومصلحة والصحة لجنة خاصة لمعالجة مشكلات تنظيم الأسرة . وقد قررت هذه اللجنة ضم هذا العمل إلى البرنامج المتبادل لرعاية الأمهات والأطفال . واعتباراً من سنة ١٩٦٨ سيكون الهدف حماية ١٠٠

في المئة من السيدات ضد الخل من بين اللاتي دخلن المستشفى بسبب الإجهاض غير الشرعي ، وبين ٥٠ في المئة من الأمهات اللاتي جنن للولادة ، وبين ١٠ في المئة من السيدات اللاتي دخلن المستشفى أو المراكز الخارجية لأسباب أخرى ، ولكن في سن الإنجاب .

وليس من الضروري أن نضيف هنا أن معظم هؤلاء السيدات المريضات يأتين برغبتهم الخاصة إلى هذه العيادة، وبعضهن يأتين بناء على نصيحة طبيب عيّن لغيره . وتقدم هذه العيادات عادة كل وسائل منع الخل التي ترغب فيها السيدات على طريقة الكافيتريا ، حتى تختار كل سيدة الوسيلة التي تناسبها بكل حرية دون تدخل أحد ، والأهلية الكبرى من السيدات ترفض استخدام فترة الامان . وقد قدمت مجموعة من الأطباء الكاثوليك بحثاً إلى المؤتمر السابع للاتحاد الدولي لتنظيم الوالدية ، يسجل فشل هذه الوسيلة إلا في حالة الاختيار الدقيق لنوع الزوجين الذين يمكن أن يمارسا هذه الطريقة . وتفضل السيدات العمليات الراحمة الرحمي أو المحبوب أكثر من أي وسيلة أخرى . وفي البداية كان الواقي الرحمي هو الوسيلة المفضلة التي تحتل المكانة الأولى ، ولكن المحبوب أصبح لها نفس الشعبية ، بل أصبحت أكثر إقتناعاً لأنها تباع في الصيدليات والمحلات العامة ، ولا تتطلب أي تذكرة طبية ولذلك تنفذ غالباً (كما ينفذ الشريط والتايلون الذي يستخدم لصناعة حلقة زير) . وقد تم أخيراً البدء في مشروعين تجريبيين لتزويد الواقي الرحمي فوراً بعد عملية الإجهاض ، أو بعد ثلاثة أيام من الولادة قبل أن تترك السيدة المستشفى . وحتى الآن فإن نتائج هذه التجربة مرضية للغاية .

وتقوم الجمعية للعيلية بإصدار نشرة شهرية يوزع منها ٤ ألف نسخة مجانية في كل أنحاء البلاد وخارجها . وأحياناً تذهب الضرورة إلى إعادة طبع هذه النشرات لمواجهة الطلبات المتزايدة عليها . وأخيراً تم إنتاج فيلم عن الإجهاض بواسطة قسم الأفلام التجريبية في جامعة شيكاغو ، فلقى إقبالا شديداً حتى لقد

تم إعداد نسخ كثيرة منه للعرض في شبلي ، وأخرى في الدول الناطقة باللغة الإسبانية ومن بين بعض أعضاء الجمعية - وخصوصاً أعضاء مجالس الإدارة - من اكتسبوا شهرة كخبراء في النواحي السكانية والتناسل البشري، والإخصاب، والاجهاض ، وتقويم برامج تحديد النسل ، وكثيراً ما يذهبون إلى المؤتمرات الدولية ، أو لإلقاء المحاضرات في أنحاء العالم . وكثير من مشروعات البحوث التي يتضمنها البرنامج في تقدم مستمر . وكثير من وسائل الدعاية قد بدأت تظهر ، ومنذ سنة ١٩٦٤ تم إعداد دورات تدريبية ، استغرقت كل واحدة مدة شهر ، لأطباء أمريكا اللاتينية والعلماء في ميدان الصحة . وكانت هذه الدورات التدريبية تنظم ثلاث أو أربع مرات كل سنة . وكانت تختلف الدول تحضرها ما هذا المكسيك ، وبناء على طلب وزارة الصحة ، وعدد من مشاهير أطباء كوبا ، قام وفد من الجمعية بجولة في كوبا وكوستاريكا لإلقاء المحاضرات .

وفي مؤتمر الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة ، الذي عقد في أبريل سنة ١٩٦٧ خصصت أمسية لمناقشات المائدة المستديرة حول موضوعات الشباب والثقافة الجنسية . وقد تم في هذه المناقشة توجيه الأسئلة إلى سبعة من خبراء الثقافة الجنسية من ذوي الشهرة العالمية ، وحضرها ألفا شخص معظمهم من الطلبة والأساتذة . وقد تمت مناقشة الأسئلة المكتوبة التي بينت حلاً شديداً وسداجة ، لكنها لم تنم [أبدأ بالنية السيئة . وقد ساد الشعور حينئذ بأنه تم أخيراً القضاء على مؤامرة الله مت حول هذا الموضوع . ومنذ ذلك الوقت والطلبات تنال على المسؤولين من المؤسسات التعليمية والاجتماعية بمختلف أنواعها لعقد مثل هذه المحاضرات . وقد زاد الاهتمام بالثقافة الجنسية ، وتم تدريب المتخصصين في هذا المجال . كما تم توفير الأدوات التعليمية والبرامج لاستخدامها في مختلف المراحل التعليمية . .

ومنذ استقر التعاون في الميدان الدولي لتنظيم الأسرة ، لم يكن هناك داع لحل الجمعية الشيلية لحماية الأسرة ، حتى عندما بدأت المنظمات الحكومية الرسمية

تستند لتحمل المسؤولية في المستقبل ، وذلك لأنه سوف يكون هناك حاجة دائمة إلى الحصول على المعونات الأجنبية للإنفاق منها على أوجه الخدمات المختلفة ، وسوف يكون هناك أيضاً ضرورة للتعاون بين الهيئات المتطوعة الأخرى لسد أوجه النقص واختيار الاتجاهات والأساليب الجديدة في ميدان تنظيم الأسرة . وقد بدأ نشاط الجمعية الآن في الانساع ، ونتيجة لذلك زادت ميزانيتها ، كما أن دائرة مشروعاتها زاد حجمها ، وبدأ العمل فيها بشكل واضح ، ومن بين هذه المشروعات تقدير الأعمال التي تم إنجازها حتى الآن في ميدان تنظيم الأسرة وآثارها في معدل المواليد وحالات الإجهاض ، كما أن هذا المشروع يعتبر بداية بناء نظام دائم التقويم . وكما سبق القول فإن الجمعية تعمل على إرساء قواعد برامج الثقافة الجنسية للطلبة والجمهور بطريقة حديثة ، وعلى مجال واسع ، فهي تقوم بتدريب مجموعة من المتطوعين معظمهم — من المتطوعين في المستشفيات — وستشارك في هذه الدورات ربات البيوت (غالباً من زوجات الأطباء) ؛ وذلك حتى يؤهلن للعمل في عيادات تحديد النسل ، وقد نظمت الجمعية برامج التدريب للأطباء والعاملين في المستشفيات ؛ وذلك للعمل على نشرها ، كما قامت بإعداد طرق الاتصال بالجمهور ، وموارد الدعاية التي سوف تقدمها في سنة ١٩٦٨ ، عام حقوق الإنسان . وسيتم قريباً تدريب عدد كبير من المولكات والمرضات وغيرهن لتوفير نوع من الاستقلال الذاتي لهن في مجال العمل ، ولتعزيز النقص الموجود في القوى العاملة من الرجال . وستسعى الجمعية أيضاً لضم عدد أكبر من الرجال إلى برنامج تحديد النسل ، وعندما تمكن الموارد المادية والبشرية شيلي من الاستجابة للطلبات الحالية بطريقة فعالة فإن وسائل تثقيف الجمهور والدعاية سوف يكون لها أثرها ، وهذه الأهداف تنظر الجمعية إلى المستقبل نظرة تفاؤل وثقة .

الولايات المتحدة : جهود جديدة ولكنها مازالت غير كافية

لبنز كوريسا

إن التنهات التي حدثت في ميدان تنظيم الأسرة في الولايات المتحدة الأمريكية خلال السنوات العشر الأخيرة لا تقل أهمية وإثارة عن التنهات التي حدثت في ذلك الميدان في بقية أنحاء العالم . ويجب أن نضع في الاعتبار أن برنامج تنظيم الأسرة في الولايات المتحدة يعمل وسط ظروف ، واستناداً إلى خلفية تاريخية تختلف كل الاختلاف عما ذكرناه في بداية هذا الكتاب ، مما يجعل من الضروري تفهم بعض الحقائق من هذه الظروف والخلفية التاريخية حتى ندرك أهمية التنهات التي حدثت .

إن تنظيم الأسرة تعاطق عليه أسماء أخرى متعددة مثل : « تحديد النسل » ، و « تنظيم الأبوة » ، (وهو يطلق على أى اتفاق أو تصرف يتم بين زوجين لتنظيم عملية إنجاب الأطفال المراد إنجابهم وتحديد عددهم والوقت الملائم لذلك) . ومن ثم فهو يعتبر أمراً خاصاً من شئون الأسرة وحدها . أما جذور هذه الفكرة فهي قديمة في الولايات المتحدة قدم الأمة الأمريكية نفسها ، ولا يزال يمارسها حتى الآن عدد كبير من الأسر ، ويزداد هذا العدد يوماً بعد يوم ، وبرامج تنظيم الأسرة التي تتولاها الحكومة جديدة ، ولا تزال صغيرة ، وإن كانت تزداد بسرعة كبيرة .

ومنذ قامت الولايات المتحدة بثورة الاستقلال عن بريطانيا في العقد

الثامن من القرن من الثامن عشر ظلت تشجع زيادة عدد السكان طوال الشطر
الأعظم من تاريخها ، وذلك بسبب مواردها الطبيعية الهائلة التي كانت تنتظر
الثورة الصناعية لاستغلالها واستثمارها. وفي الوقت نفسه حققت هبة الزيادة
السكانية في دول غرب أوروبا خلال حركة الانتقال السكانية ، ولكن في نهاية
الحرب العالمية الأولى قرر الكونجرس الأمريكي أن البلاد لا تستطيع تحمل
أعباء هذه الأعداد الكبيرة من المهاجرين ، وطالب بتشديد قيود الهجرة إلى
البلاد تدريجياً . وفي سنة ١٩٦٥ صدرت التشريعات الجديدة الخاصة بإلغاء
قيود الهجرة الشائنة التي كانت تمنع بعض الشعوب والأجناس من الهجرة إلى
الولايات المتحدة ، والتي ظلت نافذة المفعول سنوات طويلة ، على أن هذه
التشريعات لم تلغ القيود التي تحدد العدد الإجمالي من المهاجرين ، بنسبة أقل
من ٢ في الألف من عدد السكان ؛ لذلك فإن النمو السكاني في الولايات المتحدة
يقوم في جوهره على التوازن بين الوفيات والمواليد . والمعروف أن معدل
الوفيات استمر في الانخفاض بطريقة منتظمة لعدة سنوات حتى وصل إلى
معدله الحالي وهو ٥٥ في الألف من السكان ، كما هبط معدل المواليد خلال
سنوات طويلة إلى ١٨ في الألف مولود سنوياً . ولكن بالرغم من هذا فإن
الهبوط في معدل المواليد لا يزال يتم بطريقة غير منتظمة . والواقع أنه ارتفع
بعد الحرب العالمية الثانية بطريقة خفيفة من ١٨ إلى ٢٦ في الألف مولود في
السنة ، ثم استقر لمدة ١٥ سنة فوق ٢٤ في الألف مولود بسبب ازدياد عدد
المواليد الذين أرجأ الناس إلتحاقهم خلال فترة الحرب والكساد الاقتصادي
وبسبب انخفاض سن الزواج بعد الحرب ، وقد كان الانخفاض السريع في
عدد المواليد منذ سنة ١٩٥٧ ، يرجع إلى زوال هذين السببين ، ولسبب آخر ،
هو إقبال الناس على استعمال وسائل منع الحمل ، وخصوصاً حبوب الفم منذ
سنة ١٩٦٠ ، وقد وصل معدل النمو السكاني حالياً في الولايات المتحدة إلى
ما يقرب من ١ في المئة في السنة (ويدخل في هذه النسبة أرقام الهجرة) ،
ووصل معدل السن عند أول زواج ٢٠ سنة في المتوسط ، ومتوسط عدد
الأطفال الذين ترغب الأسرة في إلتحاقهم ثلاثة أطفال ونصف طفل في المجموع.

والوقت قريب كانت الزيادة السكانية في الولايات المتحدة وكأنها غير مبركة للبلاد ، وأنه يمكن السيطرة عليها من طريق الأفراد الذين ينظمون تسلمهم . وترتب على ذلك أنه لم يبدأ تفكير جاد في ضرورة إيجاد سياسة سكانية للدولة إلى العدد المثالي للسكان في الوقت الحاضر والمستقبل مع توفير كل الوسائل والإمكانات التي تمكن الأهالي في الولايات المتحدة من الوصول إلى هذا العدد المثالي . وأخذ الأمريكيون يدركون شيئا فشيئا أن حجم السكان وتوزيعهم وكثافتهم من الأسباب الرئيسية لكثير من مشكلات الأمريكيين في الوقت الحاضر ، مثل مشكلات تلوث الهواء والماء ، وتدهور حالة المدن ، وهدم كفاية وسائل المواصلات ، والتعليم العالي ، والخدمات الصحية ، وهدم وجود أراض فضاء لتحويلها إلى حدائق . وقد اعترف الزعماء المدنيون وأساتذة الجامعات والمسؤولون الرسميون في الحكومة بكل هذه المشكلات ، وقد كتب ستينوارت أودال ، وزير الداخلية بصراحة عن تأثير النمو السكاني في الموارد الطبيعية في الولايات المتحدة . كما أعرب بعض المسؤولين الرسميين في الولايات المتحدة في تصريحاتهم عن السياسة السكانية للأمم المتحدة عن اهتمام الحكومة بمشكلاتها السكانية ، وأكدوا خطورتها في ولاية مثل ولاية كاليفورنيا التي وصل معدل النمو السكاني فيها أكثر من ٣٪ / واعترفت أيضا كل من الأكاديمية الوطنية للعلوم (١٩٦٥) ، وهيئة الصحة العامة الأمريكية (١٩٥٩ و ١٩٦٤ و ١٩٦٧) ، ونادى سيرا (١٩٦١) ، والهيئات الخاصة الأخرى ، بالآثار الضارة للزيادة السكانية في مجال اختصاصها ، ومن المحتمل أن تنتج الولايات المتحدة الأمريكية سياسة سكانية شاملة صريحة خلال السنوات العشر القادمة ، ولكن يجب الاعتراف بأنه لا توجد مثل هذه السياسة في ١٩٦٩ .

ومن ناحية أخرى فإن القوانين والعادات والمعتقدات الدينية حول تنظيم الأسرة مازالت موجودة ومتنشرة وتمثل مختلف الاتجاهات ، لكنها في سبيل التغير بعد سنوات طويلة . وقد كان كثير من القوانين — التي وضعت في أواخر العقد الثامن من القرن التاسع عشر كجزء من الحملة ضد الرذيلة التي قادها أنتوني

كومتستوك - تمنع نشر أى معلومات عن وسائل منع الحمل ، كما تمنع توزيعها واستخدامها . ومن سخرية القدر أن هذه القوانين بالذات التى اقترحتها الأغلبية الحاشرة أصبحت مشار نزاع سياسى كبير عندما وجدت الحركة النسائية والبروتستانتية لتحديد النفس فى العشرينيات (ر) هذا القرن أن الأقلية الكاثوليكية الرومانية تدافع عن هذه القوانين بشدة ، وكانت آخر القوانين التى تم إلغاؤها أخيراً ، والتى كانت تضع قيودها على استخدام وسائل منع الحمل هى قانونا ولايتي « كونيكتكت وماساسوشس » ، وذلك بعد أن أعلنت المحكمة العليا للولايات المتحدة الأمريكية سنة ١٩٦٥ عدم دستورية قانون ولاية « كونيكتكت » ، وبمدها عدلت ولاية « ماساشوسس » قانونها سنة ١٩٦٦ . ولا يزال الضغط مستمر فى كثير من الولايات لتحرر من القيود التى وضعها القوانين على الإجهاض المتعمد . وكانت أول هذه القوانين الجديدة التى تحررت من هذه القيود هى قوانين كل من ولاية « كلورادو » ، ونورث كارولينا ، وكاليفورنيا ، سنة ١٩٦٧ .

ولما كان الإجهاض المتعمد يتعرض للكثير من سوء الفهم فى مختلف أنحاء العالم ، فمن المناسب أن نقبب ببعض كلمات على حالة الإجهاض فى الولايات المتحدة . والمعنى المقصود من الإجهاض هنا هو : منع الحمل فى مراحله الأولية . وقد كان هذا التصرف مسموحاً به فى الولايات المتحدة الأمريكية فى حالة إنقاذ حياة الأم فقط . وبالرغم من ذلك فإن هذا الإجهاض الشرعى غير منتشر فى الولايات المتحدة ، لكنه يتم بالنسبة للحالات التى يتعرض فيها صحة الأم للخطر ، أو فى حالة منع ولادة طفل مشوه . ونسبة هذه الحالات هى ٣ أو ٤ حالات إجهاض لكل ألف حالة ولادة . ونفس هذه الحالة العامة هى السائدة فى كندا وغرب أوروبا بالنسبة للإجهاض الشرعى ، ماعدا الدول الاسكندنافية حيث تعتبر صحة الأم ، احتمال وجود جنين مشوه ، وانتهاك العرض ، من المبررات الكافية لقيام بعملية الإجهاض . وبالرغم من ذلك فى السويد لا يوجد غير خمس حالات إجهاض بين كل ألف حالة ولادة .

ويكاد تقدير مدى انتشار الإجهاض غير الشرعى فى الولايات المتحدة يكون موضعاً للجدس والنخمين . وتختلف تقديرات الخبراء فى هذا الشأن ؛ فمن قائل إنه توجد حالة إجهاض واحدة بين كل أربعة أطفال يولدون ، ومن قائل لإنها حالة واحدة بين كل عشرين ، وتحاول الهيئات المختلفة الحصول على تقديرات موثوق بها حول الإجهاض بإجراء مسح بين ربات البيوت ولكنه يبقى دائماً شك حول استمداد هؤلاء الزوجات للتحدث إلى رجل غريب عن مثل هذه الأمور فى مقابلة خاصة ، لكن الأمر الذى بات مؤكداً هو أن نسبة وفيات الأمهات نتيجة الإجهاض المتعمد لا تزال فى ارتفاع مطرد فى الولايات المتحدة ، على أن هذه النسبة تمثل الحالات القليلة المعروفة من الإجهاض ، وما خفى كان أعظم . ومن ناحية أخرى فإن تاريخ حالات هذه الوفيات التى يتم تسجيلها وحصرها بواسطة لجنة وفيات الأمهات فى النقابات الطبية ، وفى الإدارات الصحية ، ومن خلال الدراسات التى تقوم بها المستشفيات الخاصة فى طول البلاد وعرضها ، تعتبر فى حد ذاتها من أقوى المبررات لتغيير قوانين الإجهاض وعمارسته .

وقد تغير تفكير الأمريكين بالنسبة للإجهاض نتيجة قيام عدد من الحكومات بإباحته فى قوانينها بشروط محمية ، وجعله حقاً لآى سيدة تريده . وتفيد المعلومات التى أمكن الحصول عليها من دول مثل اليابان والاتحاد السوفيتى وبلغاريا وتشيكوسلوفاكيا والمجر وألمانيا الشرقية ورومانيا وبولندا ويوجوسلافيا ، أنه لم يكن غريباً أن تتساوى حالات الإجهاض الشرعى وعدد المواليد الأحياء فى سنة واحدة . وهناك حقيقة أخرى هامة ظهرت من خلال تجارب هذه البلاد ؛ وهى أن تعرض الأمهات لخطر الموت نتيجة لحالات الإجهاض غير الشرعى أقل من نسبة الوفيات التى تحدث نتيجة لتكرار حالات الحمل والولادة ، ونتيجة لعدم إباحة الإجهاض تذهب الأمريكيات إلى اليابان لإجراء عمليات الإجهاض ، ومن يتعجب لماذا لا يحصلن على نفس هذه الحقوق فى بلادهن ؟ . كما أن الأطباء فى الولايات المتحدة يتبرمون بحالة التناقض التى

يمشون فيها بين القيام بأجراء عمليات الإجهاض ، وبين القوانين البالية التي تقيدهم في مختلف الولايات . وقد أخذ التبرم الذي اتفق عليه الناس والمتخصصون حول القيود الموضوعة على الإجهاض يؤدي إلى وضع قوانين جديدة في الولايات المتحدة مماثل من قريب للقوانين المعمول بها في الدول الاسكندنافية . ففي هذه الدول سوف يزول الإجهاض غير الشرعى ، لكن من المحتمل أن يزيد عدد السيدات اللاتي يلجأن إلى الإجهاض الشرعى إلى عشرة أضعاف . وبالرغم من القيود القانونية والدينية فإن الأمريكيتين استعملوا وسائل منع الحمل على نطاق واسع . فإذا استثنينا عشر الزوجات — وهن المصابات بالعقم (ومعظمهن أجريت لهن عمليات جراحية لتعقيم ، أجرى نصفها لمعالجة حالة مرضية) — وجدنا نحو ٨٥ في المئة من السيدات يستخدمن وسائل منع الحمل على اختلاف يبين في ذلك ، مثال ذلك أن النساء البروتستانت يستخدمن وسائل منع الحمل أكثر من الكاثوليك . ، والبيض أكثر من الرنجيات ، وخريجات الجامعات أكثر من خريجات المدارس ، والفنيات أكثر من الفقيرات .. لكن كل هذه الاختلافات قد بدأت تزول خلال السنوات العشر الماضية ؛ فالزوجات من غير البيض يتفقدن مع الزوجات البيض حول الرغبة في إنجاب نفس العدد من الأطفال ، وإن كن يتجهن عدداً أكبر لأنهن يستخدمن وسائل منع الحمل بنفسه أقل . وتدل المعلومات الحالية على أنه كلما قل تأثير ثقافة المناطق الريفية وتقاليدها القديمة في الجنوب للشرق ، قلت الاختلافات في معدلات الخصوبة بين الزوجات البيض وغير البيض .. والدليل على ذلك أنه في سنة ١٩٦٠ أنجبت الزوجات من غير البيض اللاتي حصلن على تعليم جامعي عدداً من الأطفال أقل مما أنجبهت الزوجات البيض .

هذا وتطراً تغيرات سريعة على مدى استخدام وسائل منع الحمل المختلفة بين الأمر الأمريكية عندما تظهر وسائل جديدة أكثر فعالية . ففي سنة ١٩٥٥ ، مثلاً ، كانت الأسر البيضاء تستخدم الحاجر الذكري (بنسبة ٢٧ ٪) ، والديا فراجم (٢٥ ٪) ، وفرة الأمان (٢٢ ٪) ،

والدش (٨ ٪) ، والقذف الخارجى (٧ ٪) ، والكريمات فقط (٤ ٪) .
وفي سنة ١٩٦٥ كانت ٢٤ فى المئة من هذه الامر تستخدم حبوب منع الحمل
عن طريق الفم ، و ١٨ فى المئة تستخدم الحاجر الذكري ، و ١٣ فى المئة
قوة الامان ، و ١٠ فى المئة الديافراجم ، و ٦ فى المئة الدش ، و ٥ فى المئة
القذف الخارجى ، و ٢ فى المئة الكريمات فقط . (اما بقية الامر البيضاء
فكانت تستخدم مزيماً من هذه الوسائل) . ويبدو ان نسبة كبيرة من السيدات
الكاثوليك على استخدام وسائل منع الحمل عن طريق الفم من أهم الحقائق التى
حدثت فى الولايات المتحدة ، فقد وصل عدد السيدات الكاثوليك اللاتي
يستخدمن هذه الوسائل ٢١ فى المئة مقابل ٢٩ فى المئة من غير الكاثوليك ، فى
حين كان عدد بسيط يستخدم وسيلة «الواقى الرسمى» إلا أن هذا العدد يزداد
باطراد ، ويحصل معظم الأمريكيات على معلوماتهم عن تناسل البشر ووسائل
منع الحمل بأحسن الطرق ، فهم يستمدون خدمات وأدوات تنظيم الأسرة
من الأطباء المخصوصين والصيادلة وغيرهم من المؤسسات الاستهلاكية ، التى
تقوم بتصريف وسائل منع الحمل المختلفة التى تنتجها الصناعات الأمريكية
الخاصة وتشرف عليها هيئة الاغذية والدوية الأمريكية . وكلما توافرت
وسائل جديدة وجيدة لمنع الحمل تتطلب خدمات الأطباء ، ازداد اهتمام
أصحاب المصانع والأطباء بها .

يبدو أن معلومات واتجاهات الأطباء الأمريكيات بشأن تنظيم الأسرة قد
تأثرت بالتحريم الاجتماعى العام الذى كان يحظر وصول أى معلومات لهم عن
تحديد النسل ؛ وذلك عن طريق منها من البرامج التعليمية فى مدارس الطب ،
وعن الذين يمارسون مهنة الطب أنفسهم . وفى هذا أثبت البحث الذى جرى
أخيراً فى المدارس الطبية فى الولايات المتحدة مسألة المعلومات التى يتلقاها
الطلبة حول المشكلة السكانية وتنظيم الأسرة حتى فى الوقت الحاضر . ولذا
أخذت الهيئات الحكومية والمؤسسات الخاصة والمؤسسات الصناعية تخطو
خطوة جديدة لمساعدة المدارس الطبية فى تطوير المناهج الطبية بما يتماشى

مع الاجتماعات الحديثة ، وذلك حتى يحصل الأطباء المجدد على معرفة أحسن وخبرة أكثر في ميدان تنظيم الأسرة عندما يبدأون حياتهم العملية ، لكن الأغلبية العظمى من الأطباء الذين يمارسون الطب فعلا لا تتاح لهم الفرصة لتعلم كل شيء من الوسائل الجديدة لمنع الحمل ، ولذلك تراهم يتمسكون بالأفكار المحافظة والتدنية ، ولا يبادرون إلى مساعدة المرضى الذين تقتضى حالاتهم تطبيق وسائل تنظيم الأسرة عليهم ولكنهم لا يطلبونها .

ومنذ سنوات طويلة ظلك الأمر ذات الدخل المنخفض تستطيع الحصول على هذه الخدمات من الهيئات الخاصة لتنظيم الأسرة . ومعظم هذه الهيئات تتبع اتحاد تنظيم الوالدية بأمريكا ، الذى ضم فى ديسمبر سنة ١٩٦٧ ١٨٤ هيئة فى ٢٧ ولاية ، وفى إقليم كولومبيا . وهذه الهيئات الخاصة أشرفت على رعاية ٣١٠.٠٠٠ أسرة خلال سنة ١٩٦٧ ، أى حوالى ٦ فى المئة من الأمر ذات الدخل المنخفض التى تم بحث حالتها ، وثبت أنها فى حاجة إلى مثل تلك الخدمات (٧٥ فى المئة من هذه الأمر تستخدم حبوب الفم و ١٢ فى المئة تستخدم الواقي الرحمى) . وقد كانت هيئات تنظيم الوالدية وسيلة دائمة وضرورية لإدخال البرامج العامة لتنظيم الأسرة فى العالم كله ، وفى الولايات المتحدة أيضا . وبدأت الحركة الخاصة لتحديد النسل فى الولايات المتحدة فى العقد الثانى من القرن العشرين من أجل تحرير النساء الأمريكيات من النتائج الصحية والاجتماعية المترتبة على إنجاب طفل غير مرغوب فيه ، ومن أعظم الرواد الأوائل فى هذا السبيل « مسز مارجريت سانجر » (أول رئيسة للرابطة القومية لتحديد النسل) التى تأسست سنة ١٩١٧ وأطلق عليها فيما بعد اسم « اتحاد تنظيم الأبوة بأمريكا » . وقد اندمج هذا الاتحاد فى هيئة « الحملة العالمية للطوارئ السكانية » فى سنة ١٩٦٢ وكوينا معا منظمة قومية لتوحيد الجهود بشأن الأزمات السكانية تحت رئاسة « آلن فى . جوتماشر » ، وهو طبيب مولد أمريكى له مكانة عظيمة فى الأوساط الطبية والعامة ، وأطلق على المنظمة الجديدة اسم « تنظيم الوالدية والمشاكل السكانية العالمية » .

ومنذ ههنا قريب تم إنشاء منظمة جديدة قوية أطلق عليها اسم « لجنة
الآزمة السكانية » ، برئاسة الجنرال « ولیم درابر » ، تحت السلطات التشريعية
والتنفيذية على اتخاذ الإجراءات اللازمة لمعالجة المشكلات السكانية سواء في
الداخل أو في الخارج .

وقد كانت المسألة العامة الرئيسية بشأن تنظيم الأسرة خلال السنوات
العشر الماضية هي : هل تقوم الحكومة أو لا تقوم بإعانة وتمويل خدمات
تنظيم الأسرة حتى تستطيع الأسرة التي تعتمد على القطاع العام الحصول على
وسائل منع الحمل بسهولة مثل بقية الأمريكيين ؟ وقد جاء هذا التساؤل نتيجة
سبب هام وقوى هو وجود اختلاف بين أنواع وسائل منع الحمل التي
يستخدمها الفقراء والتي يستخدمها الأغنياء . ذلك أن الأغنياء يستطيعون
الحصول على أحدث هذه الوسائل وبسهولة تامة ، وخصوصاً حبوب الفم والواق
الرحم ، وهي وسائل تحتاج إلى خدمات طبية خاصة ، في حين أن الفقراء
يحصلون على الوسائل والخدمات الطبية من القطاع العام ، ولم يكن في هذا
القطاع حتى سنة ١٩٦٠ أي نوع من وسائل منع الحمل نتيجة الخلاف الديني
والسياسي . وقد تم حل هذه المشكلة نهائياً بالاتفاق على إعانة خدمات تنظيم
الأسرة بواسطة الهيئات المحلية والولايات والحكومة الفيدرالية ، كما ينص في
شئى أنحاء البلاد . وهدف برامج تنظيم الأسرة في الولايات المتحدة — كما
صرح الرئيس السابق جونسون في خطبته عن التعليم والصحة أمام الكونجرس
في مارس سنة ١٩٦٦ — هو أن يكون « من حق كل أسرة الحصول على
المعلومات والخدمات الخاصة بتنظيم الأسرة التي تمكنها من حرية اختيار عدد
الأولاد الذين تريد إنجابهم ، والوقت الملائم بين ولادة كل طفل وآخر ،
وذلك حسبما يرضاه جميع كل فرد » .

وفي بداية الأمر حاق الفشل بالمحاولات التي بذلت داخل الكونجرس
الأمريكي لحثه على تحديد سياسته الخاصة بتنظيم الأسرة بالرغم من الجهود
التي بذلها سيناتور ولاية ألاسكا « ايراست جروينج » ، وبقية الأعضاء :

لكنه عندما أصبح لمعظم الولايات سلطاتها التشريعية الخاصة بها في سنة ١٩٦٦ وأصبحت هي المنفذ الفعلي لبرامجها في ميدان الرعاية الصحية ، وعندما طالبت ولاية كاليفورنيا رسمياً بأن يكون تنظيم الأسرة من الخدمات الأساسية التي تقدم في إدارات الصحة المحلية ، بدأ الكونغرس الأمريكي ، بالفعل ، في سن التشريعات التي تقضي بإعطاء الأولوية لخدمات تنظيم الأسرة في البرامج الصحية للأمومة والعنفوة ، كما أعطاهما الأولوية أيضاً في المهنات التي تقدم لبرامج محاربة الفقر وبرامج الرعاية الصحية .

وفي سنة ١٩٦٩ سوف تتوفر الخدمات الحكومية للفقراء في ميدان تنظيم الأسرة عن طريق مصادر عديدة مختلفة تجعل من الصعب التنسيق بينها وتقدير الخدمات التي تقوم بها ، وقد أثبتت الإحصائيات أنه تم في الولايات المتحدة ٩٨ في المئة من حالات الولادة في المستشفيات ، مما يجعل تقديم خدمات تنظيم الأسرة — عن طريق إضافتها للخدمات الصحية للأمومة — شيئاً سهلاً للغاية . لكن هناك حقيقة مؤكدة وهي أن معظم الخدمات الصحية للأمومة المخصصة للفقراء غير كافية ومبعثرة ولا تنسيق بينها في معظم أنحاء البلاد . فبينما نجد أربعة أخصائس الشعب يحصل كل الرعاية الصحية من القطاع الخاص الذي يمثل الأطباء الاختصاصيون والمستشفيات والصيدليات ، نجد خمس الشعب ، وهم الفقراء ، يتلقون الرعاية من هيئات القطاع العام القليلة المتناثرة والمنفصلة بعضها عن بعض من حيث نظامها الاقتصادي والعاملون بها . هل أن الولايات المتحدة تشهد الآن تغييراً جوهرياً في طرق وأساليب تمويل الخدمات الصحية للفقراء وتزويدها بالمعدات والرعاية الطبية وتوحيدها عن طريق الضرائب التي سوف تمد القطاع الخاص بما يلزم لتساعد على رعاية الفقراء . وفي نفس الوقت تبذل الجهود لتحسين خدمات لتنظيم الأسرة من خلال برامج الرعاية الصحية العامة ، بجانب الوسائل الإضافية مثل محاربة الفقر والرعاية الخاصة للأمومة والمجهود العظيمة التي يقوم بها اتحاد تنظيم الرأبدية بأمريكا . وتدل التقديرات المستقاة من المعلومات غير الكاملة التي أمكن الحصول عليها ، أنه في سنة ١٩٦٨ كان هناك

من ٢٥ - ٣٠ في المئة من الأسر الفقيرة تتلقى خدمات صحية فعالة ، بالتزامن
إلى الحالة سنة ١٩٦٠ ، ووقتها لم تزد النسبة عن ٥ في المئة . ولكن برغم هذه
الزيادة فإنه يبقى ٧٠ في المئة من الأسر الفقيرة تعاني من نقص الخدمات
التي تصل إليها .

إن المسألة الرئيسية في الولايات المتحدة في الوقت الحاضر هي مدى أولوية
تنظيم الأسرة في إعانة القطاع العام . وبعبارة أخرى : كم ترغب الحكومة في
إنفاقه على تنظيم الأسرة بالنسبة للإتفاق الكلي على احتياجات الشعب ؟ وقد
قدر المبلغ الإجمالي المطلوب سنوياً للإتفاق على احتياجات الجمهور بـ ١٥٠
مليون دولار . وهذا المبلغ يمثل قطرة من بحر بالنسبة للزيادة العامة ، وهو
أيضاً يساوي جملة المبالغ التي سيتم توفيرها والتي تنفق الآن في المستشفيات
على حالات الولادة غير المرغوب فيها ، والتي لن تحدث بعد الآن . وأهم من
ذلك أن مستوى المعيشة بين الفقراء سوف يرتفع نتيجة تخفيضهم من عبء هذا
المولود غير المرغوب فيه ، وأخيراً فإن إحدى النتائج الهامة لتنظيم الأسرة ،
والتي لا تقل أهمية عن النتائج الأخرى ، هي أنه سوف يحدث انخفاض طبيعي في
معدل وفيات الأطفال في الولايات المتحدة . وسوف تقل النسبة العالية
لوفيات الأطفال في الأسر ذات الحجم الكبير . على أنه سوف تظل بعض
المشكلات الهامة قائمة في النهاية ، ولا بد أن تؤدي إلى وضع سياسة سكانية
تحدد عدد السكان وأهداف الإخصاب على المدى الطويل . وهذا يتطلب بحثاً
مستفيضاً في أسباب ونتائج الزيادة والكثافة السكانية والتحكم فيها ، وسيبدأ
هذا البحث قريباً في عدد من المراكز بالجامعات الأمريكية . ومن بين العوامل
المجدرة بالبحث : المالة ، والتعليم ، والصحة ، والإسكان ، والنقل ، والموارد
الطبيعية ، والأماكن الترفيهية ، والمعيشة بالمدن ، والتنمية الاقتصادية ،
والتنظيم الاجتماعي والحكومي . وقد بدأ العمل في علاج نواحي القصور في
التعليم العام والجامعي الذي يفترق إلى تثقيف الناس في مسائل السكان وتنظيم
الأسرة ، وبدأت الخطوة الأولى في هذا السبيل في تثقيف طلبة الطب ،

والممرضات ، والباحثين الاجتماعيين والمدرسين وغيرهم من أصحاب المهن
المهنية . وقد أخذت البحوث العملية والميدانية في بيولوجية التناسل البشرى
تتقرب من المستوى المطلوب الذى يمكننا من فهم الإخصاب البشرى والتحكم
فيه فى جميع أنحاء العالم فى المستقبل ، ولكن كل ذلك لا يزال فى بدايته . ومع
ذلك يجرى العمل لابتكار عدة وسائل جديدة لتحديد النسل بما يبشر بآمال كبيرة
فى المستقبل . وربما أصبح من الميسور فى غضون السنوات العشر القادمة تحصيل
المرأة ضد الحمل ، واستئصال حبة لتتقيم الرجال مؤقتاً ، وحبة شهرية لضمان
انتظام دورة الحيض الشهرية . وسنعرض فيما بعد فى هذا الكتاب لثور
المؤسسات والجامعات والحكومة الأمريكية فيما تقدمه من مساعدة للبلاد
الأجنبية فى شؤون السكان .

وتستخدم الولايات المتحدة مواردها المختلفة لمعالجة معظم هذه
المشكلات شعبة ونشاط . ولكن بدون القدر الذى يتفق مع الأعمار الهائلة للنمو
السكانى التى تتجلى فى شق نواحي الحياة فى أمريكا وفى العالم كله . وإن
موجة الاهتمام والنشاط الراهنة ، فى الولايات المتحدة ، وفى كثير من البلاد
الأخرى ، لتدل بالتأكيد على أن تغييرات مثيرة تمس إخصاب الجنس البشرى
ورفاهيته سوف تحدث فى كثير من أنحاء العالم خلال السنوات العشر القادمة .
ولنحتمل وأمل ونرحب أن يظل تنظيم السكان عاملاً قوياً على الدوام لتعزيز
التفاهل الدولى ونشر الرفاهية بين البشر .

القسم الثالث :

مجالات خاصة

برنامج ما بعد الولادة : مدخل جديد

جيرالد زاتوشن

أخذت المؤسسات الحكومية ومنظمات المتطوعين والخاصة على طاعتها جهوداً أساسياً لرفع مستوى الوعي بمنع الحمل بين الفقراء يتجاوزهم إلى خلق مستوى مماثل في المجموعات الأكثر تطلباً .

وقد أعدت خطط محكمة ، ودربت أعداد كبيرة من العاملين في تنظيم الأسرة برا كرم ، وافتتحت الميادات ، وجرى دعم الاتصال بالآوساط على نطاق واسع ، وأصبحت معدات منع الحمل في المتناول .

ولم تركز كل وسائل تنظيم الأسرة هذه ، على مجموعة خاصة ، ولو أن قليلاً من البرامج التعليمية قد استهدفت السيدات المتزوجات في سن الإنجاب . وفي أغلب الأحيان استعملت هذه البرامج دعاية جماعية من خلال الكتيبات والدوريات والمناقشات الجماعية والمجلات والمذياع ، ولسوء الحظ كان لهذه البرامج ذات النوع الدعائي العام عيب واحد ، ألا وهو أن الناس الذين وصلتهم هذه البرامج هم أشخاص من ذوي الدوافع العالية للاستجابة وسيدات من ذوات الأعمار الكبيرة والأطفال الكثيرين . وعلى الرغم من ذلك فإنه في أي مجتمع من الناس يوجد عدد لا بأس به من السيدات كثيراً ما يبدأ حملن بعد فترة قصيرة من انتهاء الحمل السابق ، ويتبين هؤلاء بخصوبة عالية ، وبقليل ، أو لا شيء . يذكر من التعليم ، ومن أقل من الخامسة والعشرين ، كما أن كثيراً منهن يرغبن في تجنب الحمل بعد ذلك ، ولكنهن لا يعرفن السبل إلى ذلك .

والبرنامج المادى لا يبدأ فى تقديم الخدمات لمن بسرعة بعد انتهاء الحمل ، ولهذا كثيرا ما يجدون فى حالة حل عند بدء تقديم الخدمات لمن ، وعليه فإنه يصبح غير قادر على تقديم خدمات منع الحمل ، وبالطبع فإنه نسبة عالية من الإنجاب ، وخاصة ذلك الإنجاب غير المرغوب فيه ، يمكن أن تعزى إلى هؤلاء السيدات . وفى الحقيقة تبين أنه بشير منع الحمل ، وفى غير أوقات الرضاع ، فإن حوالي ٨٠ فى المائة من السيدات فى سن الإنجاب يمكن أن يحملن فى خلال السنة التالية للولادة ، ومن هنا تتضح ضرورة المجهود لاتخاذ إجراء ما ، فكلما مر الوقت بعد انتهاء الولادة ، زاد احتمال الحمل التالى وقلت فرصة منع الحمل .

ولكى نفهم ذلك بشكل أحسن يمكننا أن نقسم الحمل إلى أربع فترات ، كل منها ثلاثة أشهر ، ونبحث دوافع المرأة واهتماماتها فى أثناء كل فترة من هذه الفترات ، فى الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل ، إذا كان هذا مرغوباً فيه يكون أغلب اهتمام المرأة بالأعراض الأولى للحمل ، وبالأستشارة الخاصة عما إذا كان سيتمكنها احتمال الحمل خلال الأشهر التسعة . ويكون اهتمامها بالحاضر ، ومن هنا يكون اهتمامها بالمستقبل من ناحية تنظيم الأسرة أقل ما يمكن أو منعدماً تماماً فى ذلك الوقت .

أما إذا كان الحمل غير مرغوب فيه ، فإن أفكارها تنحصر فى بحث طرق ووسائل لإنهائه .

أما فى الأشهر الثلاثة الثانية ، فإن المرأة تصبح واثقة من استمرار الحمل ، وفى هذه الفترة يكون أغلب اهتمامها بشكواها الجنائية ، مثل الصداع ، وآلام الظهر ، والتعب .

ويكون مدى الرقبة أمامها قصيراً ، فلا تتطلع إلى أبعد من عملية الوضع المنتظرة . ومن ثم يكون من الطبيعى جداً أن يكون اهتمامها بفكرة تنظيم الأسرة أقل ما يمكن .

أما في الأشهر الثلاثة الأخيرة من الحمل فإن أغلب اهتمام المرأة يكون موجهاً إلى عملية الوضع بذاتها ، وهل ستكون هسرة أو مؤلة ؟ وهل سيكون الطفل طبيعياً ؟ وهل سيكون ولداً أو بنتاً ؟ وهنا أيضاً تكون اعتبارات المستقبل قصيرة المدى ، ويكون اهتمامها بتنظيم الأسرة أمراً ثانوياً .

ولكن شيئاً قريباً يحدث مباشرة بعد ولادة الطفل ، إذ يصبح الاهتمام بتنظيم الأسرة كبيراً واضحاً ومثلاً لتغير ذى مغزى في الدوافع .

وإذا كان لنا أن لسأل امرأة قد وضعت طفلاً لتوها : متى تريد أن تصبح حاملاً مرة أخرى ، فإن أغلب الردود تكون : د لن تكون هناك مرة ثانية ، ولهذا فإن الفترة التى تمقب انتهاء الحمل تمثل فيها قة الدوافع لتنظيم الأسرة في النساء . ولكن — كما هى الحال عادة — تترك المرأة بلا نصيحة ولا توجيه ، ولذلك فإن دوافعها إلى تنظيم الأسرة تبدأ في التناقص بتوالى الشهور ، وبالطبع يحدث الحمل مرة ثانية بعد وقت ما .

وفرة القمة هذه المليئة بالدوافع الشديدة — المساة بفترة ما بعد الولادة ، ولتى تمقب الولادة أو السقط لمدة ثلاثة أشهر — تشكل فترة مهمة من الزمن ، يمكن خلالها توجيه المرأة فيما يختص بمستقبل حمل الأطفال ؛ ففى أى مكان تقدم فيه إلى المرأة خدمات العناية بالأمومة ، سواء فى مستشفى ، أو فى عبادة لرعاية الأمومة والطفولة ، تكون الفرصة سانحة فى نفس الوقت لإمداد مثل هذه السيدة بالتعليم والخدمات الخاصة بتنظيم الأسرة .

ومن الناحية العملية فإن الطريقة الوحيدة ذات الفعالية القصوى لتعريف إلى النساء الأكثر استجابة لتنظيم الأسرة ، إنما تكون فى فترة الحمل الحديث .

ويبدو أن فترة ما قبل وما بعد الولادة من الحمل تمدنا بفرصة فريدة للوصول إلى هؤلاء النساء بطريقة منظمة .

وفي الحقيقة تبين أنه في محيط المدن ، حيث تحدث أغلب الولادات في المستشفى ، يمكن الوصول إلى السيدات القابلات الحامل في خلال فترة ثلاث سنوات ؛ فالمرأة الحامل يمكن معرفتها بواسطة ممرضة ، أو قابلة ، أو طبيب ، وبعد الولادة يمكن إمدادها بالخدمات والتعليم الخاص بمنع الحمل ، في حالة ما إذا رغبت في ذلك خلال تيسر بعض الإشراف على الحمل والوضع .

في كمن البلدان تخضع المرأة لإشراف الطبيب ، أو الممرضة ، أو موظف الصحة ، خلال فترة حملها وفي أثناء فترة ما بعد الولادة ؟ يمكننا أن نقول إنه في البلدان المتقدمة تخضع كل حالات الحمل والولادة للإشراف .

وكذلك في الدول النامية ، أو على الأقل في المراكز الواقعة في المدن في هذه الدول ، تجرى العناية بالأمومة في مؤسسات خاصة ، أو على الأقل ، يجرى الإشراف عليها في المنزل بواسطة شخص مدرب ، وعلى سبيل المثال فإنه في كراكاس تحدث ٩٩ في المائة من الولادات في المستشفى ، وفي هواج كوناغ ٩٨ في المائة ، وفي مايبلا ٧٨ في المائة ، وفي سنغافورة وفي نيروبي . وفي المائة ، وفي نيودلهي بالهند ٣٥ في المائة ، بالإضافة إلى ٤٨ في المائة من الولادات التي يجرى الإشراف عليها بالمنازل .

وفي البلاد النامية ، حيث تهمل العناية بالنساء الحوامل بعض الشيء ، يجرى الآن إعداد خطط تغطي الأسبقية لإقامة مراكز صحة الأمومة والطفولة ، ويجرى إنشاء هذه المراكز في الريف ، كما يجرى إنشاؤها في الحضر ، أما مستشفيات الولادة وعيادات الأمومة الموجودة بالفعل ، فإنها تبدو على الأرجح أكثر الأماكن ملائمة لإقامة مركز تعليمي ، وللخدمات الخاصة بتنظيم الأسرة ، لأنه في حالة خدمات الأمومة المنظمة جيدا يمكن الاتصال بالمرضى من خلال عيادات ما قبل الولادة في أثناء الوضع ، أو خلال العودة ، لكشف المراجعة عليهم الذي يتم خلال ستة أسابيع .

ومع أن هذا المفهوم المتضمن تكامل تنظيم الأسرة مع خدمات الأمومة في مستشفى ما أو مؤسسة مماثلة ، ليس جديدا على الأقل في الممارسة الخاصة للطب ، إلا أن أسلوب فهم منع الحمل هذا قد أكرمه النساء الفقيرات على نطاق واسع . ولتدعيم ذلك المفهوم ، بدأ مجلس السكان ما يدعى بالبرنامج الدولي لتنظيم الأسرة بعد الولادة . ولقد بدأت المرحلة الأولى منه في أوائل ١٩٦٦ ، وتهدف إلى تقديم المعلومات والخدمات الخاصة بتنظيم الأسرة إلى نساء المدن ذوات الحالة الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة في الأقسام التي تمارس فيها الولادة في المستشفيات العامة .

ويشتمل البرنامج الآن على ستة وعشرين مستشفى في تسع عشرة مدينة في خمس عشرة بلدة في أنحاء العالم . ولقد اختير لهذا الغرض مدى واسع من الثقافات من أجل إظهار هذا الأسلوب في علاج المشكلة في شكل عالمي ، متعنتا حديثا من الديانات الكبرى مثل: الهندوكية ، والبوذية ، والإسلام ، والكاثوليكية ، واليهودية ، والبروتستنتية ، وأديان أخرى . وتقع أربعة من هذه المستشفيات في أمريكا اللاتينية في بورتوريكو والمكسيك وفنزويلا وشيلي ، وتقع ثمانية منها في الشرق الأقصى وجنوب آسيا ، فهي في اليابان وسنغافورة وهونغ كونغ والفلبين وتايلاند . وتقع سبعة منها في الشرق الأوسط في تركيا ، وجمهورية مصر العربية ، والهند ، وباكستان ، وإيران ، وتقع سبعة منها في الولايات المتحدة ، وقد اشتمل البرنامج على أكبر ثلاثة مراكز للأمومة في العالم ، وهي : مستشفى كانداج كرو في سنغافورة ، ومستشفى قصر استقبال الأمهات في كاراكس بفنزويلا ، ومستشفى فرح للأمومة في طهران بإيران . ويضمن البرنامج أيضا ثاني أكبر مستشفيات الأمومة في الولايات المتحدة ، ألا وهو مستشفى لوس انجليس العام . وما يجدر ذكره في هذا المجال أن المستشفيات الثلاثة الكبرى التي ليست في الولايات المتحدة تعتبر مسئولة عن جلب حوالي مائة طفل إلى هذا العالم في كل يوم من أيام السنة .

ونظام البرنامج بسيط ألا وهو :

١ - كل مستشفى مشترك قد أخذ على عاتقه أن يؤكد لكل حالة ولادة أو إجهاض ضمن خدماته ، عن طريق الحديث الشخصي أو الجماعي أو كليهما ، أو وسائل الإيضاح البصرية ووسائل أخرى ، أن تنظيم الأسرة ممكن وسهل وفعّال ، وأن خدمات تنظيم الأسرة يمكن الحصول عليها عن طريق خدمات ما بعد الولادة في المستشفى ، وأن هناك وسائل متنوعة لمنع الحمل تتضمن اللولب يمكن الحصول عليها ، وأن أي امرأة لا تريد طفلاً آخر في السنة أو السنتين التاليتين يجب أن تأخذ في الاعتبار الاستفادة من هذه الخدمات التي يمكن الحصول عليها .

٢ - هؤلاء السيدات اللاتي لم يعدن لفحص المراجعة الصحية وخصوصاً هؤلاء اللاتي حبرن عن اهتمامهن بتنظيم الأسرة تهرى متابعتهن بالبريد أو التليفون أو الزيارات الشخصية وحدها ، أو مع الطرق الأخرى ، حسب مقتضى الحال بواسطة الباحث الاجتماعي أو الموظف المماثل .

٣ - تشمل الخدمات على توزيع بعض الوسائل ، مثل حبوب منع الحمل ، والحرم ، والحاجز التشائي ، واللولب . وكذلك المقافض المطلوبة للتابعة تصرف مجاناً في أغلب الأحيان ، مهما يكن الثمن الذي اعتاد المستشفى أن يتقاضاه في مقابلها .

٤ - حيث إن مثل هذا البرنامج لا بد وأن ينشئ شبكة إعلامية من الكلمة المتطوعة ، قد تجلب أخريات من اللاتي لم يلدن حديثاً إلى العبادة (من الأصدقاء والأقارب والجيران والمعارف) فلا بد أن يكون هناك مكان يتسع لهن ، وأن تحاط السيدات القادرات للوضع علماً بذلك .

وفي هذا البرنامج تقوم بإلقاء المحاضرات عادة ممرضة مدربة ، أو باحث اجتماعي مدرب ، أو طبيب في بعض الأحيان ، وقد يذهب المحاضر إلى أسرة

المرضى ، فإذا لاقى منهم اهتماماً فإنهم يدعون إلى المحاضرات الجماعية ، ويكون القيام بالخدمات التعليمية ، وفي كثير من المستشفيات ، على أساس فردي . كما أنه بالإضافة إلى هذه المحاضرات تمقد فصول في أثناء زيارة ما بعد الولادة . وفي بعض المستشفيات ، وخاصة في الهند ، يتم إدخال النساء إلى المستشفى أسبوعاً أو أسبوعين قبل الولادة ، وذلك بسبب مشكلات النقل ، مما يتيح فرصة أكبر لتعليم المريضة .

والمادة التعليمية التي يجري تقديمها قياسية إلى حد كبير ، وهي مرض قصير عن الجهاز التناسلي في الذكور وفي الإناث ، وشرح للأساليب المختلفة لمنع الحمل ، متضمناً مزايا وعيوب كل طريقة . ومع أن محتوى هذا العرض يتغير بعض الشيء ، إلا أن المنصر الأساسي فيه هو السلامة والفاعلية وسهولة الحصول على خدمات تنظيم الأسرة في المستشفى المعنى . وبجانب التعليم في أثناء العلاج قام كل مستشفى بتطوير وسائل إيضاح المرئية الخاصة به ، والتي تتضمن الإعلانات والملصقات المروضة بوضوح في العيادات أو قاعات المستشفى ، كما تتضمن صحفاً ودوريات توزع في هذين المكاتب ، وبالإضافة إلى ذلك فقد أمد مجلس السكان كثيراً من المستشفيات بأشرطة السينما ، والإعلانات الحائطية وأشياء مماثلة .

ولقد جرت محاولة من نوع خاص لإيصال رسالة تنظيم الأسرة إلى الناس في مستشفى أنقرة للأُمومة في تركيا ، ومستشفى (س . أ . ت) في تريفاندرم في الهند ، ففي هذين المكاتب أخذ بنظام مخاطبة الجماهير عن طريق مكبرات الصوت الموضوع في عتابر المرضى المختلفة ، والتي تنذاع منها الرسائل والموسيقى والحكايات المسلية مرات عديدة في كل يوم ، وتسمع المنتصات إعلانات سريعة عن إمكان الحصول على خدمات تنظيم الأسرة ، وحكايات مؤثرة تتعلق بتنظيم الأسرة ، وأسئلة وأجوبة حول منع الحمل .

فإذا كانت النتيجة ؟ قيد بالسجلات أكثر من ١٦٠.٠٠٠ كوافقات على

تنظيم الأسرة في الثمانية عشر شهرا الأولى من العملية ، ولم تسكن كل
المستشفيات تعمل كل الوقت .

وكان هؤلاء هم النسوة اللاتي بدأن بالفعل بممارسة منع الحمل ، ولم يكن
ذلك منهن مجرد ادعاء ، وكان تسعون ألفا من هؤلاء الموافقات من حالات
الولادة والسقط بالمستشفى ، وسمين بالموافقات المباشرة ، وزيادة على ذلك جاء
سبعون ألفا من عامة المجتمع وسمين بالموافقات غير المباشرة . ولقد قبل
٢٥ - ٤٠ في المائة من أصحاب حالات الولادة والسقط بتنظيم الأسرة .
وإذا ما أخذنا في الاعتبار أن ٣٠ في المئة من النساء في وقت من الأوقات
لا يكن مهتمات بتنظيم الأسرة لأسباب وجيهة ، وطرحنا تلك المجموعة
جانباً ، تبين أن ما تحقق كان من ٤٥ إلى ٦٠ في المائة من هؤلاء المهتمات قد
قبلن منع الحمل .

وقد بين تحليلنا للموافقات أن هؤلاء النساء أصغر نسبياً في العمر وذوات
عدد أقل من الأطفال (متوسط العمر نحو ٢٥ سنة ومتوسط عدد الأطفال
الأحياء حوالي اثنين) . وزيادة على ذلك فإن حوالي ثلث الموافقات لا يزال يريد
عددًا من الأطفال في وقت ما من المستقبل ، مما بين أن تلك النساء قد أقبلن
على تنظيم الأسرة على أساس حجم الأسرة وقلة إمكانياتها . والفائدة التي
تجنى على المدى الطويل من تشجيع النساء الصغيرات ذوات العدد القليل من الأطفال
على ممارسة منع الحمل ، يمكن أن تكون ذات مغزى ، فإن تلك الموافقات
المباشرة ، ونصف الموافقات غير المباشرة قد قررن أنهن استعملن طريقة
ما في السنة الأخيرة من الحاجة إلى المنع ، ويكون أيضاً ذا مغزى من حيث
إن أغلب الطرق التي اتبعت كانت غير فعالة ، مما يبين أن هناك سكباً خالصاً
هذه استبدال الطرق الفعالة بالأخرى ذات الفعالية الأقل .

لأنه من الشائع أن تنظيم الأسرة مفيد لصحة الأم وطفلها ، وهذا

صحيح جداً ؛ فقد تبين بما فيه الكفاية أن هناك أخطاراً لا شك فيها تتعرض لها الأم والطفل عندما تلد المرأة أطفالاً كثيرين جداً وسريعى التعاقب ، وهذا صحيح بشكل خاص في المناطق النامية من العالم حيث تكون تغذية الإماء أقل من المستوى العادى . وقد بينت دراسات كثيرة أن مضاعفات الحمل يعظم تكرارها في النساء اللاتي هن أكثر من خمسة أطفال ، فالنزيف ، والعدوى ، والولادة غير الطبيعية ، ، وتمزق الرحم ، والوفاة ، كلها تزيد مع كل حمل بعد الخامس ، ويؤدى الاستنزاف المزمن للعناصر الغذائية إلى فقر الدم الناتج عن نقص الحديد واضطرابات نقص البروتينات وحالات أخرى من النقص الغذائى . كما أن الأطفال المولودين في تعاقب سريع جداً ينلب عليهم أن يكونوا أقل وزناً ، وأن تكون لهم مشكلات غذائية أعظم ، أسبابها (جزئياً) عدم كفاية غذاء الثدي عندما تصبح الأم حاملاً مرة أخرى ، ولاتتوقف العناية الطبية ولامستويات الطبيب بالنسبة للسيدة الحامل عندخروجها من المستشفى ، فالممارسة الطبية الجديدة تحتم مرض المرأة على الطبيب بعد أربعة إلى ستة أسابيع بعد انتهاء الحمل ، للتأكد من أن أعضاء الحوض قد عادت إلى حالتها الطبيعية ، أو أن الضغط للناتئ عن الحمل لم يسبب شيئاً غير طبيعى ، وبالإضافة إلى ذلك فإن هناك اضطرابات كثيرة يمكن أن يحجبها الحمل ، ولا يمكن اكتشافها إلا في أثناء هذا الفحص بعد الولادة . ولكن في أغلب الدول النامية ، لسوء الحظ ، لا ترجع النساء إلى المستشفى لهذه المراجعة الصحية الأساسية ، وبدلاً من ذلك فإنهن يمتدّن خطأ أن انتهاء الحمل يمثل انتهاء العناية ، وأنهن لن يفحصن إلا عندما يحملن ثانية ، ومتوسط زيارات العودة بعد الولادة هي حوالى ١٥ فى المئة فى أغلب البلدان ، وأغلب هؤلاء هن النسوة ذوات المضاعفات الخطيرة مثل العدوى والنزيف .

ومنذ إقامة برنامج ما بعد الولادة ، والذي يحاط فيه النسوة علماً قبل مغادرتن المستشفى أنه يمكن لهن أن يحصلن على خدمات منع الحمل عندما

يحدث في خلال ما بين أربعة إلى ستة أسابيع ، زادت زيارات ما بعد الولادة
زيادة ملحوظة . فقد تضاعفت النسبة في كثير من المستشفيات ، وتخفض جميع
النسوة المائدات لمنع الحمل للفحص الطبي . وهكذا فإن تقديم خدمة منع الحمل
المغرب فيها يؤدي إلى الاستفادة من الخدمات التي تقوم الحاجة إليها ، ألا
وهي الفحص الطبي لما بعد الحمل .

وكجزء من هذا الفحص الطبي وضع كثير من المستشفيات اختباراً جاعياً
تشخيصياً لمرطبان عتق الرحم يعرف باسم « سجة بابا نيكولا » . وعلى سبيل
المثال ففي « قصر استقبال الحوامل — في « كاراكاس » عمت ٢٠ ألف سجة
دوتينية ثمانية آلاف مريضة ضمن برنامج ما بعد الولادة ، ويجرى الاختبار
على النسوة في أثناء الحمل ، وفي وقت المراجعة الصحية بعد الولادة بستة
أسابيع ، وضمن هذه المجموعة المكونة من الثمانية آلاف سيدة اكتشفت ٧٩
حالة من مرطبان عتق الرحم وهو لمت . وبلغ مجموع الأطفال الأحياء لهذه
السيدات ٣٩٢ طفلاً ، فلولاً أن أجرى الاختبار طليين لم يشأ طليين أكثر
من عشر سنوات على الأرجح .

ولهذا فإن الاكتشاف والعلاج المبكر لهذه الحالات لم يؤثر في حياة
هؤلاء السيدات لحسب ، بل أثر في الاستقرار العائلي لعائلتين ، وفي ثلاثمائة
والثنين وتسعين طفلاً أطفالهن . ويجب أن يراعى أن كثيراً من هؤلاء الأطفال
هم من بيت بلا أب ، أى أنه عند موت الأم يتحولون إلى أبناء الطريق .

ولهذا لمن المعروف جيداً أن النساء يستعملن الإجهاض كوسيلة لتنظيم
الأسرة ، وتكون المضاعفات قليلة عندما يجرى الإجهاض شرعياً في مكان معقم ،
ولكن الآثار الضارة في النساء اللاتي يمارسن الإجهاض بطريقة غير شرعية
هديدة ، وتشكل واحداً من أكثر أسباب موت الأطفال في العالم ، لذلك فإن
النسوة اللاتي يستعملن الإجهاض كوسيلة للتحكم في النسل ، كثيراً ما يدخلن
المستشفيات بسبب المضاعفات ، وفي الحقيقة فإن دخول المستشفيات بسبب
الإجهاض يشكل ٢٠ في المئة من مجموع الحالات في وحدة ما للولادة .

ولقد أمكننا أن بين أن دخول المستشفيات بسبب الإجهاض غير الشرعى قد قل منذ بدء برنامج ما بعد الولادة ، ففي المستشفيات خارج الولايات المتحدة كان النقص ١٢ في المئة . أما في مستشفيات الولايات المتحدة فكان ٢٦ في المئة ، بمعنى أن المرأة التي كانت ستترك المستشفى بعد الولادة لتصبح حاملا بعد أربعة أو خمسة أشهر لتسمى إلى عملية إجهاض ، قد اختارت بدلا من ذلك أن تصبح من مانعات الحمل ، ولاشك أن الفوائد الصحية في أى مجتمع بسبب قلة الإجهاض غير الشرعى والحاجة إليه شئ عام .

ولقد استخدمت أغلب وسائل منع الحمل في برنامج ما بعد الولادة ، بما في ذلك بعض الوسائل التي لا تزال تحت البحث ، وكانت نسب الموافقات بالطرق المختلفة كما يلي :

الولب ٤٧ في المئة ، الحبوب بالقم ٣٠ في المئة ، تعقيم النساء ١٠ في المئة ، طرق أخرى ١٣ في المئة .

وكان من بين الأساليب الطريفة لمنع الحمل وضع الولب مباشرة بعد الولادة ، أى قبل خروج السيدة من المستشفى ، ولقد اثبت أكثر من خمسة عشر ألف امرأة ذلك الأسلوب ، وكانت النتائج حسنة ، وحدوث المضاعفات والأعراض الجانبية أقل مما يمكن ، ويمرر تعقيم هذه الطريقة في كل المستشفيات الأعضاء . وميزة هذا الأسلوب أن كثيرا من النسوة اللاتي لا يرجعن عند إخراجهن من المستشفى للفحص إلا عندما يكن حوامل مرة ثانية — يأخذن درجة عالية من الحماية المباشرة . والنتائج أحسن ما تكون عندما يمرر لإغداد الولب في اليوم الثالث أو الرابع بعد الولادة ، أو الإجهاض ، ولكنه في حالات إجهاض كثيرة يمرر الإغداد بعد أن يمرر الطيب عملية كحت للرحم لإتمام عملية الإجهاض ، في حين أنه لا تزال المريضة على مائدة العمليات ، ويمكن للمريضة أن تغادر المستشفى في اليوم الثالث وهي تعلم أنها تمارس طريقة جيدة لمنع الحمل .

وكستعمل موانع الحمل عن طريق الفم على نطاق أوسع ، إذ يبدأ أكثر الأطباء بهذه الطريقة مع المرضى بعد أن يكون الرضاع قد اكتمل شأنه ، أو في أى وقت مع النسوة اللاتي لا يردن إرضاعاً لأطفالهن ، وللأقراص عيوبها ؛ مثلاً في ذلك مثل الوب أو أية طريقة أخرى ، وفي النسوة اللاتي يمكنهم احتمال الأعراض الجانبية البسيطة التي تبدأ في الشهرين أو الثلاثة الأشهر الأولى ، تعتبر هذه الطريقة طريقة ممتازة . وبالطبع يجب أن تتعاطى المرأة الحبوب حسب تعليمات صارمة ، وتكون عادة قرصاً يومياً لمدة ثلاثة أسابيع ، ثم تتوقف أسبوعاً ، ثم تبدأ من جديد ، وفي برنامج ما بعد الولادة فإنه بما يشير الاهتمام أن النساء اللاتي تبدأ موانع الحمل عن طريق الفم لا يبدو أنهن يداومن عليها لمدة طويلة ، ويعنى آخر فإن معدلات الانقطاع عالية — أعلى من المعدلات الخاصة بالولب (كما ثبت من دراسات عديدة) ، ويحتمل أن يكون ذلك علاقة بالتيقظ اليومي الذي يجب أن يراعى عند تعاطي الحبوب ، والذي لا أهمية له إطلاقاً بالنسبة للولب .

وقد بدأت كثير من المستشفيات تنصح السيدات بعد الحمل بتعاطي موانع الحمل عن طريق الفم قبل مغادرتهم المستشفى . وقد وجد في عديد من الدراسات في المستشفيات أن العيب في استعمال موانع الحمل عن طريق الفم في الفترة ما بعد الولادة مباشرة هو تقليل أو وقف إدرار اللبن . ولهذا فإنه في تلك المناطق من العالم حيث لا يمكن للنساء الحصول على غذاء إضافي يصبح أن يكون إعطاء موانع الحمل عن طريق الفم مبكراً هيباً بالنسبة لرضاع الطفل ، ولكن التقدم الأخير الذي يتضمن إعطاء موانع الحمل عن طريق الفم ذات الجرعة الصغيرة ، وبغير إضافة هرمونات التآنيك ، يمكن أن يتلافى به هذا العيب .

وفي خمسة من المستشفيات التي تتبع ذلك البرنامج ثبت أن حقن هرمون طويل المفعول شهرياً ، أو كل ثلاثة أشهر ، طريقة فعالة لمنع الحمل ، وبالطبع

يعنى هذا أن المريضة يجب أن تذهب إلى المستشفى كل أربعة إلى عشرة أسابيع للحقن وقد يمكن لبعض النساء أن يفعلن هذا وتصبح الطريقة مبشرة بالنجاح .

ولو أننا تجنبنا ذكر طريقة منع الحمل الذكورية ، لأن أغلب المستشفيات تعالج النساء فقط ، وأتينا لا نملك من المعلومات ما يختص بالممارسة مع الذكور إلا أن مستشفيات عديدة لم تهمل الأزواج ، بل راحت تقدم بالمعلومات والمؤلفات والمحاضرات والأفلام السينمائية في أثناء انتظارهم زوجاتهم وهن يلدن . وبالإضافة إلى ذلك فإنه في أثناء فترة الزيارة في بعض المستشفيات يشجع الأزواج على الانضمام إلى فصول للذكور لتلقى دراسات عن منع الحمل ، كما أن عديداً من المستشفيات توزع القراب (الكبوت) بحاوا أو بأمان منسية ، ولكننا لا نملك معلومات حقيقية عن مدى الاستعمال الكلى له .

ولكى تؤكد النتائج على المدى الطويل في هذا البرنامج أخذت عينة من النساء من كل مستشفى ، واستجوبت كل ستة أشهر واثني عشر شهرا بعد القبول ، وقد وجد بعد ستة أشهر أن حوالى ٨٨ في المئة من وافقن لا يرزن يستعملن الطريقة التي اخترتها أصلاً . وبالإضافة إلى ذلك فإن ٥ في المئة قد توقفن عن استعمال الطريقة الأصلية ، ولكنن تحولن إلى طريقة أخرى مقبولة ، وبهذا فإن عند نهاية الأشهر الستة فإن ٧ في المئة فقط وجد أنهن لا يستعملن أى نوع من وسائل منع الحمل ، وبعد ١٢ شهرا وجد أن ٦٧ في المئة من وافقن لا يرزن يستعملن الطريقة الأصلية بالإضافة إلى ١١ في المئة من انتقلن إلى طريقة ثانية . ويكون هناك ٨٧ في المئة من النساء عند نهاية العام لا يرزن يمارسن طرقاً فعالة لمنع الحمل .

وقد استجوبت عينة من الموافقات وغير الموافقات بعد ستة أشهر مما إذا كن يعتقدن أنهن حوامل في هذا الوقت ، وقد وجد أنه من مجموع غير الموافقات البالغ عددهن ٢١٠٠ اللاقى جرى استجوابهن ، فإن واحدة من

كل ١٤ ظنت أنها حامل في ذلك الوقت ، على حين أنه من بين الموافقات البالغ عددهم ١٩٠٠ اللاحق استجوبن ظنت واحدة فقط من كل ٨٤ أنها حامل في ذلك الوقت .

وبمعنى آخر كان الفرق يعادل ستة أضعاف حدوث الحمل خلال ستة أشهر بعد الولادة ، وبالإضافة إلى ذلك فإن واحدة من كل ٣٣ موافقة ظنت أنها قد تكون حاملا ، في حين كانت واحدة من كل ١١ من غير الموافقات غير متأكدة من الحمل ، ولا شك أن هدوء النفس الذي يصاحب منع الحمل الفعال يمكن أن يكون ذا أثر مفيد في العلاقة الزوجية .

ومن حالات الحمل المائة والخمسين التي ذكرت بالنسبة لمجموعة غير الموافقات قبل إن ١٥ في المئة كانت مرغوبا فيها ، على حين كان ٦٠ في المئة من الأربعة والعشرين حمالا في الموافقات كانت مرغوبا فيها . وقد سئلت غير الموافقات عما إذا كن يتذكرن أنه قد عرضت عليهن معلومات أو خدمات منع الحمل في أثناء وجودهن في المستشفى ، ولغزابة الأمر فإنه في أغلب الأمكنة لم يتذكر أكثر من ٩٠ في المئة هذا العرض . وأكثر من هذا فإنه في هذه العينة من غير الموافقات ثبت أن ٣٠ في المئة يمارسن منع الحمل الفعال ويحصلن على وسائله تجاريا .

وعلى هذا فإنه رغم أن هؤلاء النسوة قررن رفض العرض أو الخدمات في أثناء وجودهن في المستشفى ، فإن النسبة العالية للتذكر وبدء منع الحمل بعد ذلك تعني أن الرسالة كان لها بعض التأثير .

وفي خلال السنوات القليلة القادمة سيؤدي التقدم في التكنولوجيا إلى طرق أحسن من المستعملة حاليا ، ولكن من الواضح من نتائج برنامج بعد الولادة أن الوسائل المتوفرة حاليا يمكن أن تقدم الكثير لمنع الإنجاب غير المرغوب فيه .

ولكن الاهتمام الاكظم يجب أن يركز على أهمية إيجاد الدوافع للنساء والرجال ، ليستفيدوا من الخدمات المروضة ، وربما إذا ركزت المصادر على مجموعة مختارة من المجتمع فإنه يمكن الحصول على نتائج أكثر سرعة وأكثر فعالية . ومثلا في الهند يجب توجيه مجهود أكبر إلى الثانية عشر مليون امرأة اللاتي يلدن كل عام بالمقارنة إلى المائة مليون امرأة اللاتي هن في سن الإنجاب الأطفال .

وربما تكون هناك طريقة أكثر فعالية في استخدام المصادر والمجهود البشرية ، ألا وهي توجيه الاهتمام إلى الأربعة ملايين امرأة الهندية اللاتي يلدن طفلين الأول . ويتركز المجهود على مجموعة مختارة فإن مشكلة زيادة النمو السكاني تصبح أكثر طواعية للحمل .

وبسبب التحمس لهذا البرنامج ، ولإثبات فعاليته وكفايته ، بدأ مجلس السكان مرحلة ثانية من المجهودات ، ألا وهي تكثيف عدد المستشفيات ونشأ في بلدان أخرى ، ولتحقيق هذا البرنامج المتوسع أرسل المجلس يطلب استعلامات من مؤسسات رعاية الأمومة في خمسين بلدا ناميا في شتى أنحاء العالم . وكذلك كنا مهتمين بمعرفة العدد التقريبي للولادات ومدى الإشراف على رعاية الأمومة ، ومستوى أساليب تنظيم الأسرة المعمول بها حاليا ، في هذه المؤسسات ، ولقد وصلتنا إجابات كثيرة . وفيما يلي بعض من المعلومات الأولية :

في أغلب البلدان هناك نسبة كبيرة بطريقة تثير الدهشة ، وهي ٢٠ - ٤٠ في المئة أو أكثر يجرى الإشراف عليها ، وبالطبع فإن هناك مناطق كثيرة من العالم حيث حوالى ٩٠ في المئة من الولادات لا يجرى الإشراف عليها ، ولكنه يبدو أن هذا الموقف في سبيله للتغير ، حيث إن الحكومات بدأت في توسيع مدى خدمات صحة الأمومة والطفولة والإشراف على تلك

الولادات يحدث مبدئياً في قليل من المستشفيات . ومثلاً في كولومبيا يبلغ عدد الولادات سنوياً ٧٨٠ ألفاً يجرى الإشراف على ٣٣ في المئة منها ، ولكن ١٤٠ ألف ولادة (أى ٢٠ في المئة من كل الولادات) يحدث في اثني عشر مستشفى فقط ، وكذلك فإنه في تايلاند تقع أكثر من ٤٠ في المئة من كل الولادات التي يجرى الإشراف عليها في خمسة مستشفيات .

أما في سيلان فإن ٩٥ في المئة من الولادات يجرى الإشراف عليها ، في حين تحدث ٦٥ في المئة ، منها في المستشفيات .

وتلك فرصة ممتازة للوصول إلى نسبة معقولة من النساء في سن الإنجاب في أغلب البلدان من خلال تقديم خدمات الأمومة الكبرى . وعندما يحدث هذا تستطيع النسوة الاستفادة من هذه الخدمات ويعلن صديقاتهن وجاراتهن ، وهنئذ يتدفق سيل من النساء من هذا المجتمع إلى المستشفى طالبا موانع الحمل .

وهناك مثل جديد لما يمكن أن يحدث ، ألا وهو خبرتنا في مستشفى تشالونجكورن في بانكوك في تايلاند . فبعد سنة واحدة من العمل وبغير وجود العمل فيما يختص بالخارجات من المستشفى أمكن لهذه العيادات أن تستوحب لساء أربعة وخمسين من واحد وسبعين إقليا في تايلاند .

ومن المدهش أن بعض النسوة عندما سمعن عن إمكانية حصولهن على الخدمات جئن من مسافة تقرب من ٥٠٠ إلى ٦٠٠ كيلومتر بعيد . وقد حدثت تجربة مماثلة في مستشفى آخر . ولا شك أن طريقة الاتصال الشفوي واسعة النطاق والفعالية .

وما يقال بعد ذلك هو أن اهتماما يجب أن يوجه إلى المعاهد التي يجرى فيها نشاط تنظيم الأسرة في كل المستشفيات التي تمنى حاليا بالمرأة ، حتى في عيادات الأمومة والطفولة الريفية .

وبمثل هذا يكون من المؤكد أن أسلوباً منتظماً يمكن أن يقوم بالنسبة
للاتى عندهن استعداد للموافقة ، حيث يمكن للنساء اللاتي يردون نصيحة
بخصوص منع الحمل الحصول على الخدمات .

وسيسمح استغلال الولادة للتعرف إلى النساء الحسيات بتركيز الجهود .
وعلى هذا فإن تكامل تنظيم الأسرة مع رعاية الأمومة ربما سيثبت أنه
واحد من أكثر الأساليب فعالية على المدى الطويل لقهم مشكلة زيادة
النمو السكاني .

السكان والتعليم الطبي

هولدر سن . تايلور الابن

هذه إمداد الناس بالمعلومات ، وإصدار التوجيهات إليهم فيما يختص بمسائل تنظيم الأسرة أو الإسهام في حل مشكلة السكان في العالم ، يجب أن يكون دور الطبيب مهما جدا ، ولكنه يجب كذلك أن يكون عضوا في فريق يعمل على جلب المعلومات المتخصصة والأساليب المختلفة إلى ميدان العمل .

وقبل أن نحاول تحليل ما يجب أن يتضمنه التعليم الطبي عن تنظيم الأسرة ، يجب أن نفحص ، أولا وبوضوح ، خصوصيات وظيفة الطبيب التي يتوقع أن يقوم بها .

وهذه الوظائف الطبية ربما يمكن فهمها على أحسن وجه إذا أخذنا في الاعتبار المسؤوليات المطلوبة من المتخصصين في ميادين أخرى ؛ لأنه بالنظر إلى الكل يمكن أن نحكم ماهو دور الوظيفة الطبية الخاصة ، لننظر بعد ذلك إلى الأشخاص الآخرين المعنيين .

المهنة المطلوبة في تنظيم الأسرة

إن التغير بأن العالم سيصبح مزدحما بالسكان توصل إليه توماس ملتن منذ حوالي ١٥٠ سنة مضت ، وكان هذا الرجل رجلا دين واقتصاد سياسي . وفي الحقيقة كان ملتن ديموجرافيا مبكرا .

وإن الانفجار السكاني إذا أمكن أن يطلق عليه ذلك من عمل الديموجرافيين

ونحن ندين إلى تنبؤاتهم خاصة بالوعي الحال الخاص بتلك الكارثة العالية المتوقعة ، وسيتيقن الديموجرافي نبي التنبؤات السكانية ، والذي سيعتمد على أساليبه قياس نجاح أو فشل تفكير أسلوب العمل الحال .

وقد أصبح الاقتصاد حديثاً عضواً أساسياً في هذا الفريق المكون تكويناً غير رسمي ؛ لأنه يبين أن ثمة علاقة ما تقوم بين سرعة التحكم في السكان والقدرة على إطعام الناس في بلد معين إطعاماً كافياً ، وكذلك القدرة على رفع مستوى المعيشة من خلال التصنيع ، ومن خلال استنتاجاته على الأخص يمكن أن تتأثر آراء الحكومات وواضحة السياسات القومية .

وهناك مجموعة ثالثة من العاملين ، وهي غير متجانسة نوعاً بالنسبة إلى هويتهم الدراسية بدفة ، وهي تختص بالعامل الاجتماعي والنفس الذي يحدد الوضع الثقافي للناس ، وخصوصاً بالنسبة لنواحي الأفراد لتكوين أسر صغيرة أو كبيرة ، وكيفية التحكم في هذه الدوافع ، هذه المجموعة تتضمن عالم الاجتماع ، وعالم الأجناس ، وأخصائي العلاقات ، والتعليم ، وعلم النفس .

ويبقى السؤال بعد ذلك : ماذا يمكن أن يقدم الطبيب لتلك المجموعة العتيدة من هذا التجمع من المواهب ؟ والجواب بطبيعة الحال هو أنه وأخصائي الصحة المتصلين به ، يمكن أن يكونوا العامل الأساسي في نقل المعلومات إلى الأفراد رجالاً ولساء ، وفي وصف العقاقير واستعمالها بطريقة مأمونة ، والقيام بالعمليات الجراحية الصغرة والكبيرة إذا ما تطلب الأمر .

مجال عمل الطبيب وتأثيره :

وكزيادة ضرورية في أهمية موضوع التعليم الطبي وتنظيم الأسرة ، يجب أن نفعدهم — في شيء من التفصيل — العلاقات والظروف التي يتوقع أن يتحمل الطبيب في ظلها مسئولياته ، وممارس في مجالها اختصاصاته .

إن أول مسئولية الطبيب كطبيب هي بالنسبة لمريضه الخاص به ، هذه العلاقة يجب أن تكون علاقة مباشرة أولية ، سواء — كان الطبيب يعمل في مكتبه الخاص مع مريضه الخاص ، أو في عيادة في مستشفى عام كبير ، أو في مركز صحي ريفي بعيد .

والطبيب في أثناء ممارسة وظيفته الخاصة بتنظيم الأسرة ، سيصبح مسئولاً عن الإحالة إلى مشكلات مريضه العائلية الخاصة ، بإذلا أحسن النصيحة التي تلائم الاحتياجات الفردية لكل شخص ، وواضحاً أو فاعلاً أى شيء يؤدي إلى النهوض ببرامج التحكم في النسل ، ويجب عليه كذلك أن يختار أسلوب منع الحمل الأكثر ملاءمة لكل مريض من مرضاه ، وإلى ظروف حياته العامة .

ولكى يمكن القيام بهذه الخدمة الشخصية ، يجب إمداد كل الأطباء بكل التوجيهات اللازمة ، وعلى الخصوص هؤلاء الذين يعملون بالممارسة الطبية العامة .

وبجانب دور الطبيب كممارس منفرد ، فهناك أيضاً وظيفة الطبيب كمعضو في منظمة كبيرة لتقديم الخدمات الطبية والاجتماعية .

إن فهم مسئوليات تلك المنظمة يجب أن يصبح جزءاً من البرنامج التعليمي لكل الأطباء ، وعلماً بأن هذا الجانب يختص بالذات بمجال معين ، ألا وهو علم الولادة .

فأشهر الحمل ، وفترة ما قبل الولادة ، تمدنا بفرصة لنعرض لتقديم النصح في ذلك الوقت من حياة المرأة حيث تكون في أمس الحاجة إلى تقدير أوقات الإنجاب ، وحيث توجد خدمات الأمومة يمكن تطوير هذه الخدمات بطريقة يمكن التأكد بعدها أن كل النسوة في المجتمع تصلهن هذه المعلومات . لذلك يجب توكيد العلاقة بين تنظيم الأسرة ، ورعاية الأمومة ، في أثناء التعليم الطبي .

وهناك مجال ثالث حيث يصبح الطبيب ذا أهمية عظمى ، فبالمقارنة مع

الأخصائيين الآخرين العاملين في مشكلة السكان ، يشكل الأطباء عددا كبيرا نسبيا . وأكثر من هذا فإن لهم فرصا غير محدودة الاتصال بالناس . وفي أغلب المجتمعات فإنهم يعتبرون من الأشخاص المؤثرين ذوي السلطات . وهذه الأسباب فإن تأثير الطبيب في الرأي العام يمكن أن يكون عظيما ، وبناء على ذلك فإن تعليمه يجب أن يتضمن من المعلومات — بالإضافة إلى المهارات الفنية — ما يجعله على قدر من المعرفة العميقة بالنسبة لكل أوجه مشكلة السكان .

أثر اختلاف الأمم في نظام الخدمة الطبية والتعليم الطبي :

إن تفاصيل ما يجب أن يتعلمه الطبيب حول تنظيم الأسرة في كليات الطب يختلف بالطبع اختلافا شاسعا حسب ظروف الأقطار المختلفة ، حيث يتوقع أن يعمل الطبيب . وهذه التغيرات تتضمن — على وجه الخصوص — نوع المؤسسات الصحية السائدة في بلد معين ، والتكوين الأساسي للتعليم الطبي حيث إن ذلك الاختلاف يوجد في الجامعات في كل جزء من أجزاء المعمورة .

النظم المختلفة لتقديم العناية الطبية :

بالنسبة للمؤسسات التي تقدم العناية الطبية ، يمكن أن نلاحظ أن هناك مدى واسعا من النظم التي يجب أن يتلامس التعليم معها ، في الولايات المتحدة على سبيل المثال ، تعتمد الغالبية العظمى من الناس على طبيب مفرد بالنسبة للعناية الطبية العامة ، وكذلك الاستشارات ، والتعليم في البلدان ذات نظام الممارسة الخاص يجب أن يركز على مسئوليات الطبيب الشخصية تجاه أشخاص المرضى . وهناك جهود كبير يجب أن يخصص لإقناع طلاب الطب اقتناعا واسعا بحصله أن الحياة التناسلية لمرضه ذات أهمية كبرى ، وأنه (طالب الطب) يجب أن يأخذ في الاعتبار هذا الجانب من الطب طول مستقبل حياته المهنية .

ومن جهة أخرى نجد في كثير من المناطق الريفية من البلدان النامية أن العناية بالأمومة لا تزال غير كاملة التطور ، وتعتمد على إشراف بعيد بعض الشيء من مراكز صحية إقليمية أو عيادات صحة الأمومة والطفولة . والعمل في ميدان كهذا يجب أن يتعلم الطبيب كيف يتطور للميادات وأن تبت فيه الرغبة في العمل على توسيع نطاق الخدمات الطبية .

وهناك ظروف أخرى يجب أن تؤثر في إعداد الطبيب إبان تعليمه ، لكي يعمل في الميدان السكاني ، ويتضمن ذلك التعليم مدى درجة المركزية في العناية بالولادة في المستشفيات الكبرى ، ومدى التخصص في الولادة وأمراض النساء ، ووجود الأمراض والقبالات وبعض العاملين بشؤون الصحة ، كل هذه الاعتبارات تؤثر في تكوين برنامج التعليم الطبي بالنسبة إلى تنظيم الأسرة في أثناء وضع هذا البرنامج في مختلف بلدان العالم .

بماين تكوين التعليم الطبي :

إن الاختلاف في شكل للتنظيم لإنشاء نهاية طبية في مختلف المناطق الجغرافية ينعكس على تكوين النظام التعليمي .

ففي بلدان كثيرة يبين الطالب رغبته في الطب سريعا بعد دخوله إلى الجامعة ، ويستمر بعد ذلك في تلقي مقرراته في اتجاه واضح المعالم في السنوات الخمس والنصف التالية .

ولكن في الولايات المتحدة هناك فترة أولا تدهي فترة الالتحاق ، في التعليم ، وهي ذات طابع عام تؤدي إلى درجة بكالوريوس في الآداب والعلوم . وفي أثناء ذلك يمكن اختيار بعض الدراسات ما قبل الطبية ، مثل علم الحياة ، والطبيعة والكيمياء ، والتي تكون مطلوبة لدخوله كلية الطب .

وبعد استكمال فترة ما بعد التخرج هذه ، يذهب الطالب عادة إلى جامعة

مختلفة تماما حيث يملك في سلك دراسات طبية بجنه لمدة أربع سنوات ، وتقسم هذه السنوات الأربع بطريقة تقريبية إلى مرحلتين ، مدة كل مرحلة منها سنتان ، حيث تتركز الأولى للعلوم الطبية الأساسية (مثل الكيمياء الحيوية والبايولوجيا) . أما السنتان الاخرتان فتكرسان لل موضوعات الإكلينيكية .

وبعد الجامعة أو كلية الطب ، فإننا نقابل مرة أخرى اختلافا عظيما في درجة الخبرة الإكلينيكية المطلوبة بعد التخرج . ففي الولايات المتحدة يكاد يكون الإجماع منعقدا على لزوم سنة الامتياز في المستشفى ، وأنها بسبيل أن تصبح بالنسبة للخريجين الجدد قاعدة أكثر ثباتا ، بحيث يقضونها بالإضافة إلى ديباية ، من ثلاث أو أربع أو حتى خمس سنوات .

أما في بعض البلدان فإن خدمة في أحد مراكز الصحة الريفية لمدة عام قد تكون من المتطلبات ، كل هذه الأوضاع الخاصة ؛ سوف تؤثر تأثيرا عظيما في الأسلوب الذي يجرى تعليم الطبيب وفقا له في مسائل تنظيم الأسرة .

أساسيات عمومية في التعليم الطبي :

بالرغم من هذه الفروق الواضحة ، يمكن أن يتبين الإنسان بعض ملامح التعليم الطبي التي تشترك فيها كل الدول ، وسنفرض أن هذه الأساسيات موجودة رغم التنوع في تفاصيل المقررات والأوجه الأساسية في التعليم الطبي عامة . وبالنسبة إلى ما نحن بصددده خاصة وهو تنظيم الأسرة ، يمكن اعتبارها أربعة هي :

(أ) تعليم العلوم الأساسية .

(ب) التعليم الإكلينيكي الخاص .

(ج) التعليم للتخصص فى أمراض النساء والولادة .

(د) التعليم للتخصص فى نواحى الصحة العامة المتصلة بصحة الأمومة والطفولة .

وسنناقش المناوین الضرورية فى التعليم بالنسبة لتنظيم الأمرة بالترتيب.

تعليم العلوم الأساسية :

تختلف الآراء اختلافاً واسعاً بالنسبة لكمية الوقت والمجهود الذى يجب أن يخصصها طبيب المستقبل لاكتساب المعلومات فى العلوم الأساسية بالنسبة للطبيب نفسه .

فهنالك من يدفمون بأن وظيفة الطبيب هى العناية العملية بالمرضى ، ولهذا فإن القدر الضرورى هو قليل من المعلومات عن الأساس المعقد لتشريح وهلم وظائف الأعضاء ، وآخرون يحاجون بأن خلفية من العلم بهذه الأساسيات لازمة للتفكير الصحيح بالنسبة لكل المشكلات الإكلينيكية ، حتى ولو كان هناك روتين متعارف عليه لمعالجة مختلف المشكلات الإكلينيكية .

و أكثر من هذا فإنه يقال إن الطبيب إذا لم يكن ذا أساس متين فى العلم ما لم يكن قد تعلم عادة الدراسة المستمرة ، فإنه فى أثناء الحقب المديدة من حياته الإكلينيكية النشطة سيتخلف حتماً تصبغ طرفه وقد عفى عليها الزمن .

وفىما يسمى « بالسنتين قبل الإكلينيكية » التى تقضى فى الجامعات فى الولايات المتحدة ، يتوقع من الطالب أن يحصل على المعلومات العامة اللازمة لحالته المستقبلية كعضو فى إحدى المهن المتعلقة . فمن الواجب عليه أن يدرس إذا أمكن أن يكتسب تذوقاً للأدب والتاريخ وغيرهما مما يسمى بالإنسانيات ، وبالإضافة إلى ذلك فإنه يجب عليه أن يتعلم قدرًا كافيًا من الرياضيات ، والكيمياء ، والطبيعة ، والبيولوجيا ، ليتمكن من متابعة

سيره بالنسبة للموضوعات الآتية تقدمنا في العلوم الأساسية بكلية الطب .

و كخطبة لزيادة الاهتمام بتنظيم الأسرة فإن المقررات في إعداد الطب
و المقررات الطبية ، يجب أن تتضمن بعض الإضافات أو على الأقل بعض
التنوير فيما يجرى التأكيد عليه .

ولقد كانت العلم الطبى فى الماضى وجهته لإعداد طبيب لمواجهة
المشكلات الإكلينيكية أساسا التى تعرض حياة مريضه للخطر ، أو كانت
هناك فى الماضى اهتمام عظيم بعلم وظائف الأعضاء . وحديثا زاد الاهتمام
بالكيمياء الحيوية الخاصة بالأمراض الأساسية التى تصيب القلب والرئتين
والكبد والكلىتين . وفى نفس الوقت كان هناك تقليل نسبي لأهمية العوامل
المتعلقة بالجهاز التناسلى فى حياة الرجال والنساء .

وعليه فإنه فى كثير من كليات الطب تلقى العلوم الأساسية للتناسل أهمية قليلة .
ولللاج هذا النقص فى ترتيب الأولويات المطلوبة هناك بعض التنويرات
النوعية التى ينصح بها .

فعلم وظائف أعضاء التناسل — بما فى ذلك كيمياء الحيوية — وعلم
العقاقير الذى يمد فى مرحلة النمو ، يجب أن تغطى بساعات إضافية من التعليم
والعمل بالمعامل ، والمتاوين الخاصة تحت هذا العنوان ، التى يجب أن تؤخذ
فى الاعتبار هى طبيعة الحال تطور الأعضاء التناسلية ، وعملية تكوين البويضة ،
وعملية تكوين الحيوانات المنوية ، وانتقال الحيوانات المنوية خلال مسارب
الجهاز التناسلى ، وظاهرة التلقح ، وهجرة البويضة الملقحة إلى الرحم ، وأخيرا
عملية الانفراس فى جدران الرحم ، وبعد هذه المراحل الأولى من الحياة
فلا بد أن يظهر تفاعل الفترات المختلفة من حياة الجنين وانمساكها على مستقبل
التطور فى الأفراد كوضوح ذى أهمية عظيمة آخذة فى الزيادة .

ويقوم السؤال التالى ، ألا وهو أين ومتى تدرس تلك الموضوعات ؟

ويدور أن من المهم كثيراً أن نسوق مقدمة مبذية عن هذه الموضوعات .

إن التابع الزمني الذي يتابع في أثناء دراسة تطور الإنسان من ناحية قد يبدو جذاباً لمقل الطالب ، بالإضافة إلى أن توبة مبكرة من اهتمام هذا الطالب قد تؤدي إلى زيادة عدد العلماء الباحثين والأطباء الممارسين في هذا الميدان المهم . ولذلك فإن الكثير يمكن أن يقال بالنسبة لتدريس العلوم الأساسية الخاصة بالتناسل في قسمي التشريح وعلم وظائف الأعضاء . وإله لمن المنصوح عامة به أن يتعهد كل قسم من أقسام العلوم الأساسية بتقديم أسس لأوجه كثيرة من الطب الإكلينيكي ، ولكنه من الصعب قبل ذلك أن يكون متأكدين من أي توصية بالنسبة لمزيد من التعليم في مجال العلوم الأساسية الخاصة بالتناسل يمكن أن تكون مقبولة من أقسام العلوم المختلفة .

وهناك كثير مما يمكن أن يقال بعد ذلك فيما يختص بتلك المعلومات التي تعتبر جزءاً من ارتباطات أقسام التوليد ، وأمراض النساء ، وما يقابل ذلك في أقسام المسالك البولية والتناسلية فيما يختص بالرجال .

وهناك اهتمام متزايد بالنسبة للبحوث بدأ في الظهور في أقسام كثيرة للولادة ، ويزداد تبعاً له عدد المدرسين الإكلينكيين في هذا الموضوع باطراد (وهم مؤهلون أيضاً لتدريس علم وظائف الأعضاء الأساسية للتناسل) .

وإذا تركت هذه المسئولية لأقسام الولادة وأمراض النساء ، فإنه يبدو أنه من المرغوب فيه بشدة أن يضم إلى هذا القسم عدد محدد من فصول التدريس في واحدة من السنوات المبكرة من المقرر الطبي .

والتوزيع الرسمي القائم بمسئولية قسم أو آخر من تدريس وظائف أعضاء الجهاز التناسلي مسئولية تامة ربما يمكن تمحيشها ، ولكن من طريق إنشاء برنامج موزع بشكل منظم ، وربما تلمخص اجتماعات رؤساء الأقسام عن وضع خطة تعليم تغطي كثيراً من سنوات المقرر . ولكن الأجزاء المختلفة من مثل هذه الخطة العامة تضاف كل منها إلى مختلف الأقسام .

وهناك ميدان كبير آخر يجب فيه الاهتمام الزائد — إذا ما أريد أن يكون الطبيب عاملاً فعالاً في تنظيم الأسرة — ألا وهو أن يتضمن البرنامج مجموعة من الموضوعات مثل : الإحصاء ، وعلم الاجتماع العام ، والديموجرافيا . وهدفها يجب أن يكون إعطاء الطبيب خلفية من المعلومات عن أساليب ومضامين هذه الأساسيات ، وأن تفرس فيه عادة التفكير بأسلوب جماعي ، بالإضافة إلى التفكير بأسلوب فردي .

وعدد من هذه الموضوعات مثل علم الاجتماع والديموجرافيا ، يمكن أن تدرس في سنوات ما قبل التخرج التعليمية وتوضع ضمن الشروط المطلوبة لدخول كلية الطب ، وإذا كانت هذه الموضوعات لا تدرس ولا يحتاج إليها في نظام معين ، فإن حلالة تنظيم الأسرة بسعادة المجتمع يجب أن تدرس في مقررات الطب الوقائي والصحة العامة ، في حين تؤخذ بعض المشكلات الاجتماعية المتعلقة بعملية التناسل كأداة للنقاش في الولادة وأمراض النساء .

وأخيراً فإن علم النفس الجفنى والتعليم الجفنى يجب أن يحظيا بالاهتمام الشديد في أثناء دروس الأمراض النفسية ، وإن زيادة الاهتمام بهذه الموضوعات في كلية الطب لا شك أنها تلاقى العقبات ، وربما كان هذا معقولا بسبب عدم الاتفاق على القيم والمعايير الخاصة بالتصرف الشخصى الذى يمكن تدريسه .

ومن ناحية أخرى فهناك مشكلات عظمية بالنسبة للنواحي النفسية ، مثل : حمل السفاح ، والإجهاض ، تلك التى يجب أن تعالج باستمرار ، ولقد يكون من الواجب علاجها عن طريق أسلوب اجتماعى ونفسى .

ومرة أخرى فإن هذه الموضوعات قد تدرس في مقررات الأمراض النفسية ، أو من الممكن فى أسلوب بعيد عن الرهيمات بعض الشيء فى أثناء فترة الدروس الإكلينيكية فى الولادة .

الدروس الاكلينيكية العامة في تنظيم الأسرة :

يجب أن تستمر بالطبع دروس التحكم في السكان وتنظيم الأسرة ، كجزء من المقرر في السنين الإكلينيكية من فترة تعلم طالب الطب . يجب أن يكون ما يدرس هو ما يحتاج إليه كل الأطباء في أثناء الممارسة العملية لمهنتهم ، ويجب أن تقدم بالمفاهيم والمهارات الأساسية التي سيحتاج إليها الممارس العام ، وطبيب الأسرة ، وإخصائي الأمراض الباطنية ، وإخصائي الأمراض النفسية ، وبدرجة أقل بقية الإخصائيين .

وطوال تلك المدة يجب أن يبدل كل جيل لجيل طبيب المستقبل ذا إحساس قوى بمعنى الجنس والتكاثر في حياة كل فرد . بالإضافة إلى افتتاحه بأهمية مشكلة السكان ومسئولية الطبيب تجاه حلها .

وهناك عدد من الموضوعات ذات طابع خاص جداً ، والتي يجب أن توضع جيداً ، فالطبيب العام على الإخصائى يجب أن يكون قادراً على أن يدبر نفسه ، أو يعلم متى يرسل إلى الإخصائى المضاعفات المتعلقة بالوظائف التناسلية ، مثل الإجهاض ، والأمراض السرية ، وحمل السفاح . ولكي يرشد مرضاه ، فإنه يجب أن يكون مستوعباً للمواقف الاجتماعية بالنسبة للشخص ذي السلوك المنحرف ، والذي ينظر إليه المجتمع الذي يعيش فيه على أنه غير متمسك بالعرف .

كذلك علاقة الحمل بالأمراض المعنوية والنفسية التي يجب أن تكون مفهومة ، حتى يمكنه أن يبدل النصيحة السليمة والمنطقية للرضى مقدراً متى تنصح بالحمل .

وعلى الرغم من أن بذل النصح بالتحكم في النسل قد لا يكون وظيفية كل الأطباء إلا أن معرفة الطبيب بالاحتمالات يجب أن يكون جزءاً من الاستعدادات العقلية للأطباء .

وربما يجب أن يشاهد الطالب في أثناء السنوات الأكاديمية عملية إتمام اللولب أو من الأفضل أن يمارس مثل هذه العمليات البسيطة بنفسه .

ويجب على طالب الطب أن يدرس كيف يصف نظام تماطى أقراس وقف التبويض ، وبالنسبة للولب — كما بالنسبة للوسائل الاقرباذينية — فإنه يجب عليه أن يكون واعيا للأعراض الجانبية والمضاعفات الممكنة . ويجب أن يدرس أن القيود الماثلية هي شيء له أهميته ، وإن من مسئوليته كذلك أن ينصح دائما بعدم تكرار مرات الحمل حين لا تحتل صحة الأم أو تكون الظروف الاقتصادية غير ملائمة ، ولكنه في نفس الوقت يجب أن يحاذر من الحاساة الزائدة في تحاشي إعجاب الأطفال .

تعليم اختصاصي أمراض النساء والولادة :

بعد أن أكلنا المقرر الطبي العام ، وبعد أن نقرر أن يكون جزء منه هو خلفية لمبادئ علم السكان والأساليب البسيطة التي يجب أن يعرفها كل الأطباء عن وسائل تحديد النسل ، فإن قليلا من الطلبة سيتخارون واحداً أو أكثر من هذه التخصصات حيث يجب أن يعرف كثير جداً من مبادئ وتكنولوجيا التحكم في النسل ، وهذه الميادين الخاصة تتضمن مبدئيا الولادة وأمراض النساء ، وبدرجة أقل طب المسالك البولية والتناسلية ، وبشكل خاص جداً الجزء الخاص بصحة الأمومة من الطب الوقائي والصحة العامة .

وإخصائي أمراض النساء والولادة يجب أن يهتم بشكل خاص بهذه المشكلة ؛ لأن السؤال عن تنظيم الأسرة يتردد كثيراً في أثناء استشارات ما قبل الزواج ، وبشكل أكثر في أثناء الحمل وبعد الولادة مباشرة . وإنها لفرصة نادرة أن تهيء الحاجة إلى تحديد أوقات الحمل وتلفظ المريضة نفسها ونظر اختصاصي الولادة إلى تلك ، ويكون الناصح والمطلوب حاضرين كنتيجة لوجود تلك الفرستين ، حين يكون السؤال عن تحديد النسل أكثر أهمية فإن

إخصائى أمراض النساء والولادة أو الطبيب العام ، الذى يمارس خدمة التوليد فى تلك اللحظة يتحمل مسئولية ثقيلة ،

وفى التعليم بعد التخرج لنخضع من ، كأخصائى أمراض لساء وولادة — وبالذات فى أثناء السنين العديدة من فترة النياية — فإن إخصائى المستقبل فى هذا الميدان يجب أن يتعلم كيف يدرك مسئوليته لتطوير وسائل التحكم فى النسل . وعلى اختياره ولصاحبه الزملاء عن الطرق المختارة ، ولحلولاته الخاصة عن المضاعفات المحتملة عندما تحدث وخلال فترة النياية ، فإنى إخصائى المستقبل لأمراض النساء والولادة يجب أن يعلم أكثر من ذلك طرقا وأساليب وموجبات الطرق الأكثر تمقيدا ، والتي يتضمنها التقييم الجراحى .

والحقيقة القائلة إن هذه العمليات تهرى بكثرة فى أثناء العمليات القيصرية أو فى خلال أيام من الولادة ، هى سبب إضافى آخر لاعتبار إخصائى الولادة أكثر الاعضاء الطبيين أهمية فى مجموعة نخضع بتنظيم النسل والسكان .

وكلما أصبح الطب مسئولية جماعية أكثر من علاقة منفردة بين طبيب ومريض ، فإن كل الأطباء يجب أن يتعلموا كيف يعملون فى المؤسسات ، وأن يبدلوا أقصى ما فى وسعهم لجعل تلك المؤسسات تخضع مصالح الجماهير .

وفى هذا الصدد فهو خدمة منظمة كان علم الولادة هو الرائد جزئيا بسبب العدد الكبير نسبيا من مرضى الولادة اللانى يحضرون الرعاية تحت إشراف نخبة من الأطباء ، وجوئيا بسبب أن نتائج العلاج يمكن متابعتها بطرق إخصائية سهلة .

ومستشفيات الأمومة التى تميز المدن العظيمة فى العالم ، هى مؤسسات منظمة بعناية يحافظ فيها على مستويات العناية وتقدم فيها النتائج بوضوح .

لهذا يجب أن يكون تعليم إخصائى أمراض النساء والولادة متضمنا دروسا فى تنظيم وإدارة مستشفيات الأمومة — بما فى ذلك العمليات الجراحية التى تهرى فى عيادات ما قبل وما بعد الولادة — ومستويات الرعاية الآمنة للنساء فى

أثناء الحمل والنفاس وفرص التعليم التي يمكن أن تمدنا بها فترة الحمل والنفاس .
وبالنسبة للسكان وتنظيم الأسرة على الخصوص فإن الإخصاق يجب أن يتعلم
كيف أن أوقات الدروس يجب أن ترتب كجزء من العناية بالحوامل ؟ ، وكيف
يمكن لإدارة عيادات ما بعد الحمل ، وكندرس أخير كيف يمكن استعمال الأجهزة
وصف الأدوية . .

وفعالية درس ما في تنظيم الأسرة يعطى في أثناء هذه الفترة قد تكون في
الحقيقة عظيمة جداً ، فالمرأة التي تتوقع الوضع ، أو التي وضعت حديثاً ،
وزوجها ، يمكن أن يفهما بسهولة أهمية الموضوع ، لأنها لا يمكن إلا أن يهتما
بالسؤال الذي يتردد : بعد كم من الوقت سيحدث الحمل التالي ؟ وبالإضافة إلى
ذلك فإن هؤلاء المرضى أعطوا ثقتهم للمرضات والقابلات والأطباء بالنسبة
لسلامتهم البدنية هم وأطفالهم .

وم لذلك أكثر قابلية للتصبيحة بالنسبة لأشياء أخرى من هذا القبيل .
هذا الأسلوب في الفهم بالنسبة لمؤسسة العناية بالأمومة يمدنا بأسلوب
لمتابعة كل النساء اللاتي يمتن إلى المهد ، علماً بأن إدخال المرأة إلى المستشفى
للولادة هو شيء معتاد في كثير من البلدان .

وكم هي مهمة جداً تلك الحقيقة القائلة إن دروس تنظيم الأسرة تعطينا
فرصاً للنصح بتنظيم الأسرة بعد ولادة الطفل الأول ، ويصبح توقيت
الإنتجاب بعد ذلك مبكراً بطريقة روتينية في أثناء الحياة الزوجية ، كما أن
القرار بأن الأسرة قد اكتمل هدفها يكون بحكم بعد تجربة سابقة للعمل .
والوهلة الأولى فإن أهمية مستشفى الولادة كمرکز معلومات للتحكم في
النسل يمكن أن تعتبر معدودة بالنسبة للدول الأوروبية ، أو دول أمريكا
الشمالية حيث أصبحت الولادة في المستشفى هي القاعدة إذا لم تكن هي المعموم
على الإطلاق .

وبدراسة أكثر عمقا السؤال : أين تذهب المرأة للوضع ؟ تبين أن عملية
إدخال الواليدات إلى المستشفى تتقدم بسرعة في الدول النامية ، وإنما في الحقيقة

لكذلك في مدن كثيرة مثل : كاراكس ، وطهران ، وسنغافورة ، حيث يجد
المرء المستشفيات ذوات العدد الأكبر من الولادات في العالم .

وهناك جزء في غاية الأهمية بالنسبة لتعلم إخصائي أمراض النساء والولادة ،
وهي كيفية فهم تنظيم الولادات التي تجري في المستشفى ، وإدراك الفرصة
العظمى لتعليم تنظيم الأسرة ، وإذا لزم الأمر ، التحكم في السكان الذي
يمارسه المعهد .

والدور الذي يجب أن يلعبه الإخصائي في اضطرابات المسالك التناسلية
للذكر ، أو دور جراح المسالك البولية والتناسلية لم يحدد بعد . وهذا ناتج
جزئيا من المفهوم العام لدى كثير من مخططي الأسرة أن أكثر الطرق فعالية
للتحكم في الفسل يجب أن تكون تلك التي تعتمد على الدوافع النفسية . ولكن
الأدلة تراكم خصوصا في الهند . إن العملية البسيطة التي يقطع فيها الوعاء الناقل
هي طريقة فعالة في التحكم في إخصاب الرجل .

لهذا فإنه من الواجب إحداث تغيير كبير في وجهات النظر قبل أن يتخذ
الإخصائي الطبي للرجال مكانه الصحيح في الفريق المختص بمشكلات السكان
ونظم الأسرة .

وبالتأكيد فإن الجهود يجب أن تبذل لزيادة تعليم طلبة الطب وإخصائي
المستقبل أساسيات علم وظائف الأعضاء الخاص بالأعضاء التي سيتعامل معها
وإمكان للتأثير في توقف الإنجاب ، والقيود التي يفرضها حجم الأسرة .
وطرق إجراء ذلك في الذكور .

التدريب للتخصص في الصحة العامة والطب الوقائي الخاص بتنظيم الأسرة
وهناك مجموعة أخيرة من الإخصائيين الطبيين يجب أن تؤخذ في الاعتبار
بالنسبة للتدريب الخاص الذي يحتاجون إليه في عملهم والمتطلبات التعليمية لذلك .

هؤلاء العاملون قد يكونون حصلوا على تدريب رسمي في أقسام الصحة
العامة ، ولهذا فإنه يجب اتقاؤهم حسب نظام يبعد عن العطب قليلا ؛ ومن

ناحية أخرى فإن إخصائين كثيرين في ميدان الأمومة والطفولة قد مارسوا تدريباً في الطب الباطني وأمراض الأطفال أو الولادة ، ومع زيادة قلة في الخبرة أصبحوا عاملين في هذا الميدان المقارب .

والخبر في الصحة العامة المتعلقة برعاية الأمومة والطفولة يختلف من زميله إخصائي أمراض النساء والولادة بفرق طفيف .

فإخصائي أمراض النساء والولادة يعتمد أن يكون أكثر قرباً من الحقائق العملية المتعلقة بمشكلات الأفراد ، وهو المحترف الأساسي بعد أن أصبح التوليد وظيفة من وظائف المستشفيات .

وفي الأطوار الأولى — عندما كانت صحة الأمومة تعتمد على المراكز الصحية الريفية ، أو على الخدمات التي تقف عليها العائلات أو من يناظروهم في إجراء عمليات الولادة في منازل المرضى — كانت المشكلة تميل إلى أن تكون أكثر تركيزاً في أيدي هؤلاء العاملين في ميدان الصحة العامة ، ولكن غالباً ما كان الموظفون يتنبهون بما يقلل من تركيز المشكلة .

وطبيب الصحة العامة الذي يخطط مستقبله الوظيفي على أن يكون عاملاً في ميدان صحة الأمومة يجب أن يعرف العناصر الطبية الأساسية في الولادة ، ولكنه يجب أن يعرف كذلك اقتصاديات وإدارة نظام واسع المدى يمكن من خلاله أن تلقى النساء بعض العناية بالرغم من عدم وجود المستشفيات الحديثة وإخصائين في الولادة من ذوي الخبرة . وإذا كان تنظيم الأسرة يرتبط بهذا المجهود فإن طالب الصحة العامة يجب أن يتعلم شيئاً حول أساليب نشر المعلومات الخاصة بالتحكم في النسل خلال الأوساط الجماعية ، ويعلم الممرضات والمدرسين والموظفين الآخرين ، كما يجب أن يتعلم استعمال المبادئ المتقدمة .

وللستقبل أيضاً فإن العامل في ميدان الصحة العامة يجب أن يتعلم الحاجات

الاساسية لتنظيم مجييات جديدة فى رعاية الامومة ، وخدمات تنظيم الاسرة المرتبطة بها ، فى منطقة قروية بكر من العالم .

ولذا ما ثبتت أهمية دورس تنظيم الاسرة فى أثناء الحمل ، واستعمال هذه الوسائل فى أثناء فترة ما بعد الولادة هى أكثر الطرق تبشيرا بالنجاح ، وأحسن فعالية لنشر معلومات وممارسة تنظيم الاسرة ، فإن الواجب الكبير الملقى على هاتق المشر أو العشرين السنة القادمة هو فى الحقيقة تنظيم خدمات الامومة فى المناطق الريفية الكبرى من العالم ، حيث لا توجد هذه الخدمات . وفى الحقيقة فإنه فى هذا الوقت يكون التعلم الطبى قد أسهم أعظم إسهام فى حل مشكلة السكان فى المستقبل القريب .

ومن هذا نرى أن التعلم الطبى فى حاجة إلى درجة من إعادة التوجيه نحو اعتراف هام بالأهمية العظمى للتناسل فى حياة الأفراد ورعاية المجتمعات . ولتؤكد هذا المفهوم العام يجب أن تضاف دورس عملية عن كيفية توجيه الطبيب للمريض ، وكيفية إمداد المريض بالاساليب اللازمة لتحكم الشخصى فى الإخصاب .

وفى الختام فإن الطبيب يجب أن يفهم القدرات الصحية للنؤسات الطبية التى سيعمل من خلالها ليقدم العناية للرضى ، ويقدم أيضا التعلم للأصحاء . ولذا أصبحت هذه الأفكار جزءاً من كل مقرر طبى فلن يصبح الطبيب القائد لهذه الأفكار لحسب ، بل يصبح العامل الاساسى فى نشر المعلومات الهامة بالنسبة لحل المشكلة الكبرى السكان .

الوسائل الحديثة للتحكم في النسل :

تقييم : كريستوفر تيتنر

منذ عشر سنوات مضت كان قول القائلين : (الوسائل الحديثة لتنظيم الإخصاب) ينطبق على النشاء المهبلي ، وعلى تلك المستحضرات الكيماوية ، مثل : الكريم ، والجيلاتينات ، والأقراص ذات الرغبة ، وعلى طريقة الرتم المسماة باسم طريقة فترة الأمان (التي وصفها كالوس وأوجينو) في الثلاثينيات من هذا القرن ، وعلى طريقة القرباب أو التمد التي ظهرت في أوائل القرن الثامن عشر ، ولكنها لم تستعمل على نطاق واسع إلا في الجزء الأخير من القرن التاسع عشر ، ذلك يبين السرعة المتزايدة للتقدم التكنولوجي التي جعلت من بعض هذه الطرق طرقاً تقليدية لا يمكن وصفها بالحدثة . في حين تعنى الطرق الحديثة موانع الحمل عن طريق الفم والولب التي ظهرت في الفترة الأخيرة .

وعندما تستعمل الطرق التقليدية لمنع الحمل — مثل النشاء ، أو القرباب ، بطريقة صحيحة وبأمانة في كل اجتماع جنسي — فإن الفشل قد يحدث من تحرك النشاء عن موضعه مثلاً في أثناء التمد الشهواني للمهبل أو تمزق القرباب غير الجيد . وهذه الحوادث التي لا يمكن تجنبها لا تتكرر كثيراً . وهناك تقرير جيد يشير إلى أن معدلات الفشل التي تعزى إلى تلك الأساليب هي في رتبة حمل أو حملين في السنة في كل مائة امرأة .

ومعدلات لفشل كهذه تمكن أغلب الأزواج من تنظيم إخصابهم في أثناء حياتهم بغير التعرض إلى حمل غير متوقع ، أو لم يرغب له من قبل .

فبينما يمكن الحصول على معدلات الحمل منخفضة نسبياً بواسطة الطرق التقليدية ، فإن الحال ليست كذلك دائماً ، خصوصاً بين الأزواج ذوى الحالة الاجتماعية والاقتصادية والتعليم المحدود . وفي الممارسة الإكلينيكية في العيادات في الولايات المتحدة ، تعتبر معدلات للفشل مقدارها عشرة في كل مائة مع استعمال الفشاء منخفضة ، ومعدلات بين عشرين وثلاثين غير شاذة ، ويجب أن تتوقع معدلات أعلى بالنسبة للجهامير التي تعتبر تنظيم الأسرة سلوكاً غير مألوف . ولاشك أن هذه المعدلات المرتفعة تعكس ما يسمى بفشل المبيض ؛ وهي الدرجات المختلفة من التراخي في ممارسة منع الحمل .

ومعدلات الحمل المرتفعة ترتبط دائماً بمعدلات استمرار منخفضة ، وإنه لمن غير المألوف في أثناء الممارسة في العيادات أن نجد أن واحداً من الأزواج أو أكثر قد ترك الطريقة الموصوفة في خلال عام واحد . وهذه الحقيقة تبين لنا بوضوح أهمية الطرق الحديثة .

وموانع الحمل عن طريق الفم ، التي تجرى مناقشتها في هذا التقرير ، هي مركبات تخليقية تشبه في التركيب الهرمونات الطبيعية التي ترتبط بدورة الطمث الشهرية ، وكذلك بالحمل في إناث الإنسان .

وبالمجرع المستعملة حالياً توقف هذه المركبات عملية التبويض ، أما طبيعة وأهمية الآثار الإضافية ضد الإخصاب فلا تزال قيد البحث .

وتوصف موانع الحمل عن طريق الفم الشائعة الاستعمال الآن حسب نظامين مختلفين يعرفان بالمشترك والتتابع .

ففي النظام المشترك يؤخذ عشرون قرصاً متتالياً يحتوي كل منها على بروجسترونات تخليقية عديدة ، كما يحتوي على هرمونات أنثى ، وتؤخذ هذه الأقراص من اليوم الخامس إلى اليوم الرابع والعشرين من دورة الطمث . وحسب النظام المتتابع يؤخذ خمسة عشر قرصاً يحتوي كل منها على هرمون

التأنيك فقط ، تتبع بخمسة أفراس تحتوي على الأوبسكرون وهرمون
التأنيك .

وحسب كل من النظامين فإن وقف العلاج ينشأ عنه عادة النزف الناتج
عن الامتناع في خلال أيام قليلة ، ويستأنف استمرار العلاج مرة أخرى في
اليوم الخامس من الدورة الجديدة .

والوالب شيء صغير يتخذ أشكالاً مختلفة ، وهو ينمى في الرحم ، وتستغرق
العملية دقائق قليلة ولا تحتاج إلا لتحدير أو توسيع لعق الرحم . وقد استعملت
الوالب في اليابان وفي أماكن أخرى لسنين عديدة .

ولكننا هنا نختص بالتعديلات التي أدخلت عليها بمساعدة التقدم
التكنولوجي الحديث . فالوالب الحديث يصنع من مادة خاملة مثل عديد
الإيثاين أو الحديد غير القابل للصدأ . وقد يبقى في الرحم لمدة غير محدودة .
وبعض أنواع الوالاب لها زائدة أو ذيل يمتد خلال قناة عنق الرحم إلى المهبل .
هذه الزائدة تسهل نزعها وتسمح بالتأكد من استمرار وجوده بسهولة في
أثناء الفحص المستعملة وبواسطة الطبيب .

وطريقة حمل الوالب لا تزال غير مفهومة بالرغم من البحوث المعملية
والإكلينيكية الكثيرة في أثناء السنوات القليلة الماضية ، وطرق العمل التي
قد تكون ممكنة هي تعطيل حركة الحيوان المنوي في الرحم أو قناة فالوب
أو تعطيل إخصاب البويضة أو انتقالها في قناة فالوب أو تعطيل انغراسها
في الرحم .

الفعالية :

إن موانع الحمل عن طريق الفم فعالة مئة في المئة ، إذا استعملت حسب
النظام الموصوف في منع الحمل .

وأكبر التقارير التي طبعت سنة ١٩٦٢ تغطي مجعما من حوال ٢٤٠٠٠٠ دورة من العلاج .

وخلال هذه الفترة من الاستعمال وجد خمسة عشر حملا لم يكن سببها حذف قرص أو أكثر حسب قول المستعملة التي حملت ، وكانت معدلات الحمل الناتجة هي ١ ر في المئة من النساء في السنة .

ويظهر أن منع الحمل عن طريق الفم بالمتأقب أقل ففالية . فهو ذو معدل الحمل يبلغ نصفا في المئة من النساء في السنة ، وقد استقى هذا الرقم من بحث على أجرى على سبعين ألف دورة ، حدث فيها خمسة وعشرون حملا تمرى إلى فشل الطريقة نفسها .

ولحساب معدلات الحمل بالنسبة لموانع الحمل عن طريق الفم بالمقارنة إلى الطرق الأخرى المستعملة ، فإننا نحتاج إلى إدخال ما يسمى بفشل المريض الذى ينتج عن حذف واحد أو أكثر من الأقراص في أثناء الدورة .

وبهذا تتحدد معدلات الحمل على أنها ٧ ر في المئة في السنة في النظام المشترك ، و ١٤ ر في المئة في السنة في النظام المتأقب حسب التقارير المتاحة .

ولقد جمعت أكبر كمية من المعلومات الإكلينيكية عن استعمال اللوالب في الولايات المتحدة بواسطة برنامج الإحصاء التعاونى الذى يرعاه مجلس السكان .

وكان أحدث تقرير له في ٣٠ يولية ١٩٦٨ متضمنا معلومات قدمها ثلاثون باحثا أغلبهم فى الولايات المتحدة ، وتستوعب أكثر من ٤٧٠٠٠ امرأة فى الشهر تستعمله . والمشروع يمثل المحاولة الأولى فى تاريخ تنظيم الإخصاب لتقويم طريقة جديدة منذ بدئها بتحليل منظم للمعلومات المتجمعة باستعمال طريقة ثابتة وأسلوب إحصائى رفيع .

وهناك مصادر أخرى للمعلومات عن اللوالب لا تعتمد على البحوث فى

طريقها إلى التطهر في شيل والصين الوطنية وكوريا ومناطق أخرى .

ولقد تبين من تحليل بيانات البرنامج الإحصائي التعاوني أن معدلات الفشل بالنسبة لأكثر القوالب شيوعاً هي في حدود حقلين أو ثلاثة في كل مئة امرأة في السنة الأولى ، ومعدلات أقل في أثناء السنين التالية ، وقد تتوقع معدلات لفشل أعلى قليلاً تحت ظروف برنامج الصحة العامة ، حيث يمكن أن يسقط القلب خارج الرحم دون أن تلاحظ ذلك المرأة التي تستعمله .

ولهذا فإن المراجعات المتكررة ، وعادة في أثناء الدراسات الإكلينيكية تؤيد من فرصة اكتشاف سقوط القلب غير الملحوظ قبل الحمل .

وفاعلية القلوب كإمان للحمل لا تعتمد كثيراً على الحالة النفسية للريضة أو حالتها الاجتماعية . والذكاء والدوافع لهما أهمية فقط من حيث احتمال ملاحظة سقوط القلب ، فالأزواج المتعلمون جهداً والمتزويون انزاناً عاطفياً جيداً يجب ألا يتوقعوا درجة أعلى من الحماية بواسطة القلب أكثر من تلك التي للأساليب التقليدية مثل ، الغشاء ، والقرب ، ولا شك أنهم أيها يمكنهم الوصول إلى معدلات حمل أقل عن طريق موانع الحمل عن طريق الفم أكثر من القوالب .

وميزة القوالب واضحة في الجماهير التي لم تعود الممارسة المستمرة لمنع الحمل ، وبين الأزواج أصحاب الصعوبات العاطفية التي تعرقل الممارسة الفعالة لتنظيم النسل .

الاستعداد للتقبل :

إن الاستعداد لتقبل موانع الحمل عن طريق الفم أو القوالب يتحدد إلى درجة ذات مغزى بمحدث الأهراس الجانبي وبأكورة استعمال موانع الحمل

عن طريق الفم كثيرا ما يصاحبها ظهور أعراض الحمل مثل الغثيان ، والقيء واحتقان الثدي ، التي ترتبط أساسا بما يحتويه القرص من هرمونات التآيت ومن الشكاوى الأخرى الشائعة النزف في أثناء استعمال العلاج ، وزيادة الوزن والصداع والدوار ، وتلون جلد الوجه باللون المائل للبني الذي يعرف بالكلف .

وبينا يخف ظهور هذه الأعراض في أشهر قليلة فإن ، تلك الأعراض لا تزال تثبط همم بعض المستعملات فيتحولن إلى طرق أخرى أو حتى يتوقفن عن تنظيم الأسرة . ومن بين النسوة اللاتي تستعملن اللوالب تكون أكثر الهكاي من النزف أو بقع الدماء والألم بما في ذلك التقلصات ، وألم الظهر وأنواع التعب الأخرى ، هذه الأعراض تحدث أكثر ما يمكن بعد الإعتماد مباشرة ، وكما هو الشأن بالنسبة لموانع الحمل عن طريق الفم تعتمد إلى الاختفاء خلال بضعة أشهر ، ولكنه في بعض الحالات يستمر النزف أو الألم أو كلاهما بشكل شديد يحتاج إلى نزع اللولب .

وإن التثقل الواسع لموانع الحمل عن طريق الفم في الولايات المتحدة ليشهد بصدق الحقيقة القائلة أنه خلال خمس سنوات من قبول أول منتجات أصدرتها إدارة الغذاء والمقايير للتوزيع الشامل في كل أنحاء البلاد ، فإن عدد المستعملات الحاليات بلغوا حوالي ٢٥ في المئة من ممارسات منع الحمل في الولايات المتحدة .

وفي جميع أنحاء العالم قدر عدد النساء المستعملات للأقراص في منتصف سنة ١٩٦٧ بحوالي ١٢ مليوناً نصفها في الولايات المتحدة .

وبينا استعمال موانع الحمل عن طريق الفم في الولايات المتحدة يبلغ ذروته في النساء الشابات اللاتي لمن حظ من التعليم في الكليات ، هناك لإجماع عام بين ممارسي الطب ، أن كل النساء ، بما في ذلك قليلات الحظ من التعليم ، يمكن أن يتعلمن تعاطيها بطريقة مستمرة . وإن هذه الطريقة لتنظيم النسل أثبتت أنها

مقبولة عند كثير من الأزواج الذين كانوا غير راغبين في محاولة ممارسة الطرق التقليدية ، أو غير قادرين على استكمالها بنجاح .

وعدد اللولب التي أخذت في الولايات المتحدة ليس معروفًا بالتحديد ، ولكن المتنبؤ العام ينفى أن حجمها من حوالي مليون إلى مليونين ، وفي الخارج أصبحت اللولب السامة الرئيسية لسكثير من البرامج الوطنية لتنظيم الأسرة خصوصاً في آسيا . وبينما يبلغ عدد الإغمدات المطلق ذروته في الهند ، فإن تكرارها النسبي يبلغ ذروته في كوريا وفي الصين الوطنية . ويبلغ عدد النساء الكلى في العالم اللاتي يستعملن لولباً حديثاً حالياً حوالي خمسة ملايين .

وهناك مقياس مهم لقبول طريقة تنظيم الإخصاب ، ألا وهو معدل الاستمرار والتي تبين نسبة الأزواج الذين يستعملون الطريقة في وقت معين بعد بدء الاستعمال ، وبالنسبة لموانع الحمل عن طريق الفم ، فإن المعلومات المستقاة من مسح شامل لكل الشعب في الولايات المتحدة توحى أن معدل الاستمرار هو حوالي ٧٣ في المئة بعد اثني عشر شهراً ، وحوالي ٦٢ في المئة بعد أربعة وعشرين شهراً ؛ وذلك لا يتضمن النساء اللاتي انقطعن لأنهن يرذن الحمل . وكانت معدلات الاستمرار أكثر من الكبيرات في السن وأولئك الأقل تعليماً ، ولكن الفروق لم تكن كبيرة . وعلى حسب برنامج الإحصاء التعاوني الذي يعكس أساساً الممارسة الإكلينيكية في الولايات المتحدة ، كانت معدلات الاستمرار المناظرة بالنسبة لأكثر أنواع اللولب شيوعاً هي ٧٨ في المئة بعد اثني عشر شهراً ، تنخفض إلى ٦٧ في المئة بعد أربعة وعشرين شهراً ؛ أي أعلى قليلاً من معدلات طرق منع الحمل عن طريق الفم في هذا المسح الشعبي الشامل .

والاستعمال المستمر للولب يتحدد أولاً بمحدوث السقوط والاضراض الجأنية التي تستلزم نزعها .

ويتفاوت حدوث السقوط تفاوتاً كبيراً بين الأنواع المختلفة للولب

فيكون ١٠٪ خلال السنة الأولى بعد الإغداد بالنسبة للنوع الأكثر شيوعاً .
وتتجه معدلات السقوط إلى أن تكون أعلى بين النساء الصغيرات اللاتي لم
يلدن كثيراً أكثر من النساء الكيبرات اللاتي ولدن كثيراً . وكانت السن هي
العامل الأكثر أهمية ، ويحدث أغلب السقوط في أثناء الشهور الأولى بعد
الإغداد عادة ، ولا تكون كذلك دائماً ، في أثناء الحيض . والسقوط بعد السنة
الأولى غير شائع . وبينما خطر السقوط بعد الإغداد المتكرر أعلى بكثير بعد
الإغداد الأول ، فإن ٢ من كل ٥ يحتفظن بالولب في آخر الأمر . أما في الأنواع
الأخرى من التعيب ، أو بسبب أن المعدلات الشهرية للنزع لا تنافس بسرعة ،
كما هي الحال في معدلات السقوط ، فإن النزع يصبح هو السبب الرئيسي للانقطاع .

وحسب التقارير المحللة تحليلًا دقيقًا ، فإن معدلات الاستمرار بالنسبة
لوالب كانت أقل بدرجة ذات مغزى في البرامج القومية للدول النامية ، منها
البرامج الإحصائي التعاوني ، والسبب في هذا الأداء الأقل جودة غير مفهوم
فهماً كاملاً ، ولا يزال الأمر قيد البحث ، والتقديرات المبدئية وغير المطبوعة
للمحاولات العديدة الحديثة لإدخال منع الحمل عن طريق الفم إلى هذه البرامج
توحى بمعدلات استمرار أقل من تلك التي توقعناها على أساس التجربة في
الولايات المتحدة .

ولأنه لمن المعقول أن نفترض أن النساء الصغيرات الحجم ، وخصوصاً
أولئك اللواتي يعانين من سوء التغذية يشعرن بقرية شديد ، وأعراض أخرى
معدية معوية كرد فعل لكيمات من هرمونات التآنيث يمكن أن تستوهمها المرأة
الأكثر وزناً ، والأحسن تنفيذية . ومع هذا فإن منع الحمل عن طريق الفم قد
أثبتت أنه أحسن كثيراً من الطرق التقليدية في المجموعات ذوات الدخل
المنخفض في الولايات المتحدة ، وأنه لمن المتوقع أنه سيكون كذلك في البرامج
القومية للدول .

إن كثيرا من التجارب السيئة قد مرت بها النساء اللاتي يستعملن منع الحمل عن طريق القم والتي عزی بعضها إلى العلاج . وكان تقويم هذه الحقائق في غاية الصعوبة لأن الظروف التي تقوم بدراستها تحدث أيضا بين النساء اللاتي لا يتعاطين الأقراص . ولهذا فإنها متوقعة أيضا في ملايين النساء اللاتي يتعاطين هذه المركبات بانتظام . ولم يكن من الممكن حتى الآن إثبات أو استبعاد ارتباط إخصائي مع موانع الحمل عن طريق القم ، وإن كانت أغلب هذه الأعراض السيئة قد ذكرت من قبل .

والحالة الوحيدة التي لها ارتباط بهذه العقاقير ، هي المرض التجلطى الانسدادي ، بما في ذلك الحصى الممتلئة من السداد الشريان الرئوي . ولقد خرجت التقارير متحيزة حالات كهذه من مستعمل موانع الحمل الفمية مبكرة في سنة ١٩٦١ مثيرة بذلك معارضة ناشطة ، بل حامية في بعض الأحيان . وقد عقد مؤتمر خاص سنة ١٩٦٢ ، وجلسان استشاريان لإدارة الأغذية والعقاقير ، وقرروا في سنة ١٩٦٣ وسنة ١٩٦٦ أنهم غير قادرين على حل المشكلة على أساس المعلومات الموجودة لديهم في ذلك الوقت .

ولقد أقيمت أنواء جديدة على العلاقة بين استعمال موانع الحمل الفمية وحدوث المرض التجلطى الانسدادي بواسطة ثلاثة تقارير من المملكة المتحدة نشرت في سنة ٦٧ وسنة ٦٨ ، وكانت هذه التقارير كلها مستعينة للباحث ومتعاملة فيه ، بمعنى أن البحث عن استعمال موانع الحمل الفمية أجرى بعد بدء المرض ، وقد تمخضت هذه التقارير الثلاثة كلها عن نتائج ذات مغزى .

وقد اختص واحد منها بالنساء اللواتي يعين الممارسون العامون ، وآخر بالمرضى في المستشفيات ، والثالث بالنساء اللاتي يتوفين من المرض التجلطى الانسدادي .

وحسب هذه الدراسات فإن حدوث المرض الانسدادي التنطلي يبلغ ثلاثة أضعاف قدره بين النساء المستعملات لموانع الحمل الفمية ، بالمقارنة إلى النساء غير الحوامل الأخرى في سن الإنجاب .

والمستعملات يعتمدن لدخول المستشفى تسع مرات أكثر بالمقارنة إلى غير المستعملات ، كما أن معدلات وفاتهن من المرض التنطلي الانسدادي يبلغ سبعة أضعاف للفريق الآخر .

وزيادة الوفاة الواجبة إلى استعمال موانع الحمل الفمية تقدر بحوالى ثلاث وفيات في كل مائة ألف مستعملة في السنة .

ومغزى هذه الزيادة في الوفاة يجب أن يوضح بحاجب معدلات الوفاة السنوية الحالية في المملكة المتحدة من كل الأسباب الأخرى ، وتبلغ حوالى مائة في كل مائة ألف في السن ما بين ١٥ ، ٤٤ وأن يوضح أمام تعرض حياة الأم لخطر الوفاة الناتج من الحمل والولادة الذي لا يتضمن الموت بسبب الإجهاض غير الشرعى ، وتبلغ حوالى ٢٥ من كل مائة ألف حل ، والمعدلات الماثلة في الولايات المتحدة أقل قليلا .

وحق الآن ليس هناك دليل على أن وقف التبويض لمدة طويلة يمكن أن يسبب فسادا دائما لفئة النخامية أو المبيضة . وكقاعدة فإن دورة التبويض والحيض تعود إلى سابق هدهما بسرعة عند وقف العلاج ، وكذلك القدرة على التلقيح والحمل ، ولقد أظهرت الدراسات العملية على أن أيض المواد السكرية وهيدراتية ، ووظائف الجسم الأخرى انحرافا عن القيم الطبيعية ، ويجرى الآن تقدير مغزى هذه التغيرات .

وتعتبر أهم تجربة سيئة ترتبط باستعمال القلوب مرض التهاب الحوض الذى ظهر في تقرير البرنامج الإحصائي التعاوني في أثناء السنة الأولى من الإغناء بحوالى ٢-٣٪ من النساء المستعملات لأكثر الأنواع شيوعا .

ولقد كان حدوث ذلك بنسبة أعلى في الشهر الأول بعد الإغهاد أكثر من الشهور المتأخرة . وهناك معلومات مناظرة عن حدوث مرض التهاب الحوض غير متميزة ، ولكن دراسة واحدة على الأقل قد أثبتت أنه في الجماهير ذات المعدل العالي من مرضى التهاب الحوض ، فإن ذلك المحدث إنما يحدث أكثر ما يكون في النساء المستعملات للولب .

وإلى حد كبير فإن نوبات مرض التهاب الحوض التي ترتبط بالقلب قد فسرت على أنها إحياء لحالة مزمنة ؛ أو تحت المزمنة ، كانت موجودة من قبل وسببتها عملية الإغهاد أكثر من كونها عدوى جديدة .

وليس من المعروف ما إذا كان إغهاد ولوب في امرأة ذات أعضاء حوضية سوية يمكن أن يسبب مرض التهاب الحوض أم لا .

وأغلب حالات مرض التهاب الحوض بين النساء المستعملات للولب بسيطة نسبياً ، ويمكن أن تعالج بنجاح بالمضادات الحيوية دون نزع اللولب ، ولكن بعض المريضات بالتهاب الحوض بسبب اللولب أو بغيره يمتن بعضاهات خطيرة ، ويموت البعض منهن حتى مع العناية الطبية الكافية .

وانثقاب الرحم وتحرك اللولب إلى التجويف البطني هو من المضاعفات غير المألوفة التي تنتج عن إغهاد اللولب . ومع هذا فإن أغلب تقوُّب الرحم ليس لها أعراض البتة ، وتكتشف في أثناء المراجعة الروتينية عند محاولة نزع اللولب أو بعد الولادة . ولكن في حالات قليلة فإن اللولب المتحرك إلى التجويف البطني قد يسبب السداداً معويًا .

وليس هناك دليل في الوقت الحاضر على أن موانع الحمل الفمية أو اللولب يسببان السرطان في النساء ، ولكن حيث إن كل مسيلات السرطان في الإنسان ذات أثر أجيل ذي فترة استكانة تقرب من عشر سنوات ، فإنه لن يمكن اتخاذ

فراز حازم بشأن هذه النقطة ، حتى يكون هناك عدد لا بأس به من النساء قد استعملن موانع الحمل الفموية والوالب لمدة طويلة ، وعلى أساس التجربة الحالية فإن الإخصاب لا يصيبه الضعف في النساء اللاتي يوقفن استعمال موانع الحمل الفموية أو الوالب لكي يحملن .

ولم تلاحظ أية زيادة في شيوع التشوهات الخلقية بين الأطفال المولودين لنساء يتعاطين موانع الحمل الفموية ، أو يستعملن الوالب ، وبالذات ليس هناك تقرير من تذكير الأطفال الإناث يمرى إلى البروجسترون في أثناء تعاطيه كانع في العمل ، أو أية إصابة لطفل حمل فيه حين وجود الوب في الرحم .

خلاصة :

وكخلاصة فإن موانع الحمل الفموية والوالب الحديثة هي ذوات فعالية عالية في منع الحمل غير المرغوب فيه أكثر من الطرق التقليدية ، ويقوم الدليل على أن هناك مخاطر لاشك فيها من استعمالها على الحياة والصحة ، ولكن تلك المخطورة ضئيلة إذا ما قورنت بمخطورة الحمل والمخاطر الأخرى التي يتعرض لها الإنسان بسبب أعراض يستبهرها مهمة .

وليس موانع الحمل الفموية ولا الوالب المتيسرة حالياً هي الطريقة المثالية لتنظيم الإخصاب ، ولكن في الوقت المناسب ستصبح الطرق التي تعتبر الآن حديثة هي الطرق التقليدية ، ولكن ذلك سيحدث في المستقبل عندما يستمر التقدم التكنولوجي .

اتجاهات جديدة للتحكم في الخصوبة.

شيلدون ج. سيجالك

البحوث البيولوجية الطبية :

منذ قرون عديدة ،والإنسانية تحاول منع الحمل بأساليب بسيطة ومباشرة تمنح الحيوان المنوي من اتخاذ طريقه إلى التناسل على الإخصاب . ولقد نجح الإبداع الإنساني في تلك المحاولات لتزويق تلك الرحلة . وفي الحقيقة فإن كل طريقة ممكنة قد أجري تجريبها لوقف صعود الحيوانات المنوية فيأخلاقا(سوستة) زحام منزلة توضع على حق الرحم !!

ولقد واجهت الحيوانات المنوية أشكالا عديدة من عقبات الطريق القاسية ، أو تعثرت في مستنقعات الجلائين المميته ، أو الكريم ، أو الرغوة ، أو السائل اللغوار ، وحتى بغير سلاح من المؤسسات العلمية الرفيعة ، فإن رجال القبائل البدائية في أستراليا قد استعملوا بدعات مماثلة لجعل الحيوان المنوي ينحرف عن مساره الطبيعي . وقد استعمل ضمن مسنون لعمل فتحة في مجرى البول عند قاعدة القضيب (تقفل هذه الفتحة في أثناء التبول كما يفعل هازف المرمار) .

وهكذا فإنه ، حتى وقت قريب ، كانت الأسس العلمية لكل وسائل منع الحمل تقريباً هي الحقيقة القاتلة إن المنى يحصى على العامل الذكري المستوله عن الإخصاب ، وهي حقيقة قذرت منذ آلاف السنين في فجر تاريخ الحياة الإنسانية .

ثم تملت تكنولوجيا منع الحمل بأهداب القرن العشرين ، إذ وجه العلماء اهتمامهم لدورة التبويض في الأنثى والتحكم الهرموني في الإنجاب في كلا الجنسين . ومبدأ الامتناع الدوري المؤقت لتعاثنى الجماع يوم التبويض كان أولها طريقة في التحكم في الإخصاب انخفضت أساساً لها الفهم العلمى الحديث لعملية الإنجاب ، ومع أن طريقة الرتم هذه لم يثبت أبدأ أنها طريقة فعالة الممارسة لمنع الحمل ، إلا أن هذا لا يصرف الاهتمام عن التركيز على عملية التبويض على أنها مفتاح إلى التحكم في الإخصاب .

ولقد مرت أجيال عديدة سارت فيها المعلومات اللازمة لتتقديم طريقة فعالة وآمنة لمنع التبويض ، في طريقها حتى وصلت إلى هدفها فأحدثت ثورة في عالم منع الحمل .

ومنذ سنة ١٩٣٠ كان علماء الغدد الصماء قد أثبتوا أن التبويض يحدث فقط عندما يتأثر المبيض بالهرمونات المنشطة للغدد التناسلية التي تفرزها الغدة النخامية . ومنع إنتاج هذه الهرمونات المنشطة للغدد التناسلية من الغدة النخامية له تأثير ثانوى هو منع إنتاج البويضات شهرياً . والهرمونات الاسترويدية التي ينتجها المبيض أو الحصى يمكن أن تسبب هذا المنع ، ولكنه عند النظر إلى ذلك كطريقة عملية لمنع التبويض ، نجد أن تعاطى هذه المواد الطبيعية يمكن أن ينطوى على أضرار خطيرة .

فالستوستيرون ، وهرمون الجنس الذكري ، ينتج عنه ظهور أعراض الرجولة في النساء عندما تتعاطى منه جرعة كافية لمنع التبويض . أما الاستيرديول — وهو هرمون المبيض — فإنه يسبب نزفاً حيضياً ، غير منتظم وغير عادى . أما الهرمون الآخر للببيض — وهو البروجسترون — فإنه مانع ضئيف لإنتاج منشطات الغدد التناسلية من الغدة النخامية . ومن الناحية العملية فإن تعاطيه بالتزم يلزم أن يكون في جرعة كبيرة ، كما أن تأثيره ليس كافياً .

وعندما جاءت سنة ١٩٥٤ فإن كيميائي الاسترويدات كانوا قد خلقوا سلسلة من الاسترويدات تعرف بـ ١٩ نور الاسترويدات التي أثبتت فعالية كبيرة في منع التبويض عند تعاطيها بالفم . وكهرمونات عتقة فإن هذه البروجستينات كان من خواصها إثارة الغشاء المبطن للرحم حتى يتحول إلى حالة مائثة الحالة قبل الطمث بغير أن يحدث النزف غير المنتظم كثيراً .

وبإضافة كمية قليلة من هرمونات التآيث أصبح من الممكن عمالة دورة طثية منتظمة بغير حدوث التبويض ، ويتعاطى هذا الخليط عشرين يوما كل شهر . وفي هذا الوقت فإن إنتاج منشطات الغدد الجنسية من الغدة النخامية يتوقف . كما أن الغشاء المبطن للرحم يكون في الحالة ما قبل الطثية .

وعند التوقف عن العلاج يحدث انهيار في الغشاء المبطن للرحم ينتج عنه نزف طثي . ويمكن تكرار هذه الدورة ، وقد بدأت محاولات منع الحمل سنة ١٩٥٦ وكشفت النتائج عن نجاح ملحوظ ، وهكذا انطلقت إلى الوجود مرحلة تحديد النسل الهرموني ، ومعه بدأ أيضاً البحث عن طرق عتلفة للوصول إلى تنظيم الإخصاب عن طريق التدخل في الروابط التي تربط سلسلة الأحداث التناسلية .

وعموماً ، وبغير استثناء ، فإن الجهود التجريبية لمنع الإخصاب يمكن أن توصف كمحاولات للتأثير على حدث أسامي في عملية تحمك الغدد الصماء في التناسل ، وبإزاحة الغطاء تدريجياً عن الحاجات الهرمونية الطبيعية لعملية التناسل فإنه يبدو واضحاً أن خطوات عديدة في هذا التتابع يمكن مهاجمتها عن طريق التدخل المتحكم فيه .

منع التبويض :

تتكون موانع الحمل الهرمونية الأصلية من هرمون تآيث غتلي وبروجسترون غتلي ، إما مخلوطة معاً في أقراص ، وإما كل منها على حدة في أقراص تعطى

بالتتابع . ومع أن هذه المستحضرات تمنع التبويض عادة ، فإن لها تأثيرات حيوية أخرى تشاؤك في فعاليتها كإنتاج الحمل . وتأثيرها في التبويض ينتج عن منع إفراز نشاطات الغدد الجنسية من الغدة النخامية الذي ينتج بالتالي تأثير الاسترويدات على المنطقة ما تحت المهادية في أو مراكز المخ الأكثر علواً . وإن منع التبويض عن طريق تأثير مباشر في مستوى الجهاز العصبي المركزي ، يمكن أن يتحقق تجريبياً بواسطة عوامل أفرأذينية أخرى تتضمن : المهدئات ، والمخدرات ، وبعض عقاقير القلب ، والدورة الدموية ؛ فالورفين — على سبيل المثال — قد تبين أنه يعطل التبويض في النساء . وتطبيق هذه الملاحظات عملياً بمرض التحكم في التبويض يبدو غير معقول ، حيث إنه لا دليل هناك على أن من الممكن فصل الفعل المضاد للتبويض عن الخواص الأفرأذينية العامة لهذه المركبات .

وهناك إمكانية أخرى لمنع التبويض عن طريق التأثير في الجهاز العصبي المركزي يمكن أن تنشأ عن فهمنا المزيد لكيفية عمل العلاقة بين المخ والغدة النخامية والمواد الكيميائية الناتجة عن المخ التي تنظم إطلاق منشطات الغدد الجنسية من الغدة النخامية قد أمكن معرفتها ، ويبدو أنها جزئيات بسيطة نسبياً ، ولكن كيميائياً لم تكتمل بعد ، وحتى ذلك الوقت فإن إمكان استعمال هذه العوامل المسببة لإطلاق منشطات الغدد التناسلية ، أو مماثلاتها التي قد تعمل عن طريق التضاد التنافسي كأساس للتحكم في الإخصاب ، يجب أن تبقى كنوع من التخمين . والذي يحتمل أن يكون له أثر أكثر قبولاً هو ما وجد حديثاً من أن منطقة ما تحت المهاد بالمخ ، بالإضافة إلى ما تفرزه من مطلقات لمنشطات الغدد التناسلية ، تفرز أيضاً مواد معطلة تشكل طريقة فيسيولوجية طبيعية لمنع إنتاج منشطات الغدد التناسلية .

وقد وجدت هذه المواد المعطلة في أعنخ الرضع والأطفال في فترة ما قبل البلوغ ، مما يوحي بأنها تلعب دوراً في إمساك دائرة الغدة النخامية وغدد التناسل عن العمل حتى البلوغ .

والمنع المباشر لإنتاج منشطات الغدد الجنسية على مستوى الغدة النخامية ،
أو التدخل في طريقة عمل منشطات غدد التناسل السيارة في الدم ، يمكن إحداثها
بطرق صناعية . فمن الممكن إنتاج أجسام مضادة لمنشطات الغدد في الحيوانات
المعملية بواسطة التطعيم ، وتظهر على الحيوانات المطعنة الأعراض النموذجية
لنقص منشطات الغدد ذكرورا كانوا أو إناثا ؛ ففي الذكور تنوقف عملية إنتاج
الحيوانات المنوية ، أما في الإناث فإن يصبح البويضات والتبويض يتوقف ، ويبقى
بعد ذلك حديد من المشكلات ينتظر الحل . وتطبيق هذه النتائج المعملية عمليا
على الإنسان غير ممكن الآن . فعلى سبيل المثال ليس هناك طريقة يتوقع
أن ترفع قريبا ، يمكنها إرجاع الحال إلى ما كانت عليه عند الذكور ، إذا
ما استعملنا طريقة تعطيل الإخصاب المبينة على التطعيم الفعّال بمنشطات الغدد ،
كما أنه من الصعب في الوقت الحاضر أن يفصل بقاء كامل الهرمون المكون
للجسم الأصفر ، وهرمون تنشيط الحويصلات ، وذلك بحمل من الصعب فصل
التداخل المناهض لوظيفة الغدة التناسلية الخاصة بإنتاج (الجاميطات) من
التدخل غير المرغوب فيه ، والذي يعطل وظيفة إنتاج الهرمونات .

وهناك أسلوب آخر لتعطيل أثر منشطات الغدد السيارة في الدم ، ألا وهو
دراسة النواتج الطبيعية للنبات . وعلى الأقل هناك نباتان ، واحد منهما من
حشائش البراري بأمريكا الشمالية ، وقد قيل عنه إن له مثل هذه الفعالية ،
ولكن سنوات من الدراسة أخفقت في إظهار مكون فعال ليس له أعراض
جانبية غير مرغوب فيها ، وعموما فإن تقويم مستخلصات النبات من حيث
الفعل المضاد للإخصاب عن طريق وقف مفعول الهرمونات المنشطة للغدد
الجنسية كان غير مشجع ولاقاعدة ترجى منه . ومن وقت لآخر نسمع عن
نواتج نبات له مفعول مضاد للإخصاب ودائما ، وفي كل حال تمزى هذه
النتائج إلى فعل عامل الهرمون الأثوى ؛ وهو شيء موجود في كل الحنظل
ونباتات أخرى ، وهو فعل ليس له مفعول عملي من حيث منع الحمل كهدف .
ولهذا فإنه يبدو أن التحكم في الإخصاب المبني على منع التبويض سيستمر

معتمدا على الهرمونات المخلفة المائة لتلك المستعملة الآن ، والمستعملة كسكون من مكونات الحمل عن طريق الفم الشائع الاستعمال ، ولا تزال الاختلافات في كيفية تعامل مضادات التبويض الاستيرويدية قيد الدراسة . وعلى سبيل المثال فإن الاسترويدات التي لها القدرة على أن تخزن في الدهن الذي بالجسم الإنسانى بعد تعاملها عن طريق الفم تمنطينا الفرصة لتطوير طريق لمنع الحمل بواسطة قرص واحد شهريا .

والحقن ذات المفعول الطويل من الاستيرويدات يمكن أن يكون لها أثر مخزائى يستمر لأشهر عديدة .

وكل طريقة للتعاطى لها مميزاتا وهيوبها ، ولكننا لما كلها نفس الأسلوب في كيفية العمل .

ولقد كانت أكثر الوسائل دراسة هي الحقن الدورية لكيات كبيرة من البروجستينات المخلفة في شكل بلورات شديدة الصغر ، وقد بحث الأمر بالنسبة لألف عديدة من النساء لأكثر من ٢٠ ألف امرأة في الشهر ، عندما استعمل البروجستين الخلق ٦ ألفا مثيل — ١٧ ألفا هيدروكسى ، خللات البروجسترون .

وكان النظام الذى درس تماما هو حقن ١٥٠ مجم كل تسعين يوما ، مع أن الدراسة تتقدم بالنسبة للحقن كل نصف سنة لكيات قدرها ٥٠٠ مجم . وبهذا الأسلوب فإن التبويض يتوقف عادة .

ومع هذا فقد لا يتوقف ظهور الحويصلات المبيضية ، حتى إن إنتاج هرمون التآيث المفرز داخليا لا يتوقف تماما ، ولكن حالة الغشاء المبطن للرحم ، تبين أن الاتزان بين هرمون التآيث والبروجسترون بعيد جدا عن الطبيعى . ولهذا فإن النزف الرحمي غير متوقع أبدا في النسوة اللاتي يتبعن

ذلك النظام . ولقد كان النزف في النساء في المتوسط ثلاثة من كل عشرة أيام في الأشهر الثلاثة الأولى ، بعد حقنة مقدارها ١٥٠ مجم ، ويوم من كل عشرة أيام (أقل من النزف في الطمث الطبيعي) بعد خمس أو ست حقن من النوع الذي يتكرر كل ثلاثة أشهر . وبالطبع فإن هناك اختلافا كثيرا بين المرضى ، ولكنه في نهاية العام يصبح النساء المبطن الرحم في أغلب النساء ضامرا ويتوقف عن الحيض . ولقد صاحبت هذه الطريقة معدلات شديدة الانخفاض للحمل .

ولكن هناك تأخيرا كبيرا في استعادة الدورات التبويضية عند الرغبة في ذلك ، ويعتبر تأخر التبويض — من اثني عشر إلى واحد وعشرين شهرا — شيئا غير معتاد ، ولكن الوقت اللازم لاستئناف الشكل المنتظم للتبويض لا يزال غير محدد .

منع إحداث ما بعد التبويض

انتقال البويضة في الأنابيب

إن اللاقحة ، أو البويضة ، المخصبة حديثا ، تقضى عادة بضعة أيام وهي مارة بالمسالك التناسلية الأنثوية ، قبل أن تبدأ عملية الانغراس في الرحم ، ويحدث هذا في تتابع مؤقت بدقة عظيمة بحيث يبدأ في نفس الوقت الذي تحدث فيه تغيرات تحضيرية في الغشاء المبطن للرحم ، فإذا وصلت اللاقحة مبكرا من أنبوبة فالوب في وقت يكون الرحم فيه غير متطور بدرجة كافية فإن اللاقحة تتحلل ولا يحدث الحمل .

ولهرمونات المبيض الاستيرويدية تأثير منظم عظيم في انتقال البويضة في الأنابيب ، فهرمونات التايت تزيد من إفراز السائل الأنبوبي ، كما تزيد من لحاظ الأهداب في الجزء العلوي من الأنبوبة ، وتزيد من الحركة الدوابة لمعضلات الأنبوبة . وللبروجسترون تأثير عكسي هو ما في كل من هذه

المتغيرات . فإذا ما جعلنا تتابع هذه التأثيرات الهرمونية يضطرب ، فإن هذا قد يسبب اضطراباً في المرور للطبيعى للبيضة المنقسمة في أنابيب فالوب ، وفي الحقيقة يمكن إقامة الدليل على هذا في كثير من التجارب ، ولكن ليس هناك مفهوم بسيط جامع يمكن تكوينه من هذه الملاحظات . ومع هذا فإن قابلية هذه الآليات التنظيمية الخاصة بانتقال البويضات في الأنابيب لا تزال تمدنا بأساس شاق لكيفية التدخل التحكمى في الإخصاب .

ولقد تضمنت الدراسات الحديثة أثر العوامل الهرمونية ، إذا ما استعملت بعد الجماع في منع الانفراس ، وأثرها في انتقال البيض أو اللاقحات في الأنابيب ، وكذلك أثرها في منع تطور البيضة في الحيوانات تحت الإنسانية ، ويمكن منع الحمل في قرد الرزياس بإعطائه هرمون التأيث خلال أربعة أيام من الجماع في أثناء عبور البيضة الملقحة أنبوبة فالوب .

ولقد أعطى لفردة عن طريق الفم الاسترديول والاستلبيستيرون وإيثنيل الاسترديول والمسترانول — أو أى مركب تجريبي له أثر هرمونى أنثوى ، وأثر مضاد لأثر الهرمون الأنثوى في مستعمرة من قرد الرزياس — بعد ٣٠ ساعة جماع قد اعتادت تلك المستعمرة أن يكون معدلات الحمل فيها ٧٠٪ بعد الجماع — وعندما أعطى هرمون التأيث بعد الجماع لم ينجح حمل واحد .

وفي أثناء هذه التجارب لم تجر محاولة واحدة لتأكد من سبب الفعل المضاد للإخصاب ، وقد عزى الأمر إلى الإسراع في الانتقال في الأنابيب ، لأنه في أجناس أخرى جرى تدعيم العلاقة بين إعطاء هرمون التأيث بعد الجماع والإسراع في انتقال البيض في الأنابيب .

وقد أمكن جلاء حقيقة قذف البيض قبل الأوان من أنابيب فالوب ، تحت تأثير هرمون التأيث في الفئران ، والأرانب ، وخنازير غينيا . ولقد ظهرت الآن تقادير عن تنوع المركبات المسببة لذلك ، سواء الاسترديول . أو غير الاسترديول . ولكن الصفة العامة لكل هؤلاء أنها مركبات ذات تأثير هرمونى أنثوى .

والمعلومات المتاحة عن تطبيق هذه المبادئ على الإنسان قليلة جداً
بدرجة لا تسمح بالتقويم . ولو أن التمارير قد بينت أنه في حالات الإخصاب
وبعض المتطوعين أن حملاً لم يحدث عند إعطاء هؤلاء الأشخاص ستيلوستيرول
أو إيثيل استرديول في خلال من أربعة إلى ستة أيام من الإنماء في أثناء
منتصف الدورة .

ولقد بدأ الآن تحليل منظم عن طاقات الفعل المضاد للإخصاب للعلاج
بهرمونات التآليث بعد الجماع في إناث الإنسان ، حتى إن النتيجة النهائية قد
تظهر في المستقبل القريب ، ويفترض أن هذا المفعول في الحيوان قد يمتد إلى
الإنسان ، فهناك طريقة شائعة اقترحت للتحكم في الإخصاب ؛ فلأن الأقراص
أخذت بالقلم ليوم أو يومين بعد الجماع لمنعت الحمل ، حتى لو كان الإخصاب
قد حدث فعلاً ، ولا يكون هناك انقطاع في الدورة الطمثية العادية ، ولا أية
أعراض لحالة الحمل . وفي الحقيقة فليس هناك أى مقياس فسيولوجى يمكن
برأسه أن توصف أى مرحلة من العملية كحمل .

قدرة الحيوان للتوى على الإخصاب :

قد تكون الحيوانات المنوية في الثدييات مظاهر مورفولوجية حينما تكون
طبيعية وقدرة ضعيفة على الحركة دون القدرة على إخصاب البويضة . ولقد
أطلق على المرحلة الأخيرة من نضج الحيوان المنوى « التكنين » . ولقد أمكن
الحصول على دليل على التكنين في عدد الأجناس الثديية ، من بينها : الأرانب
والفئران ، وحيوان الهمستر (نوع من القوارض) ، والأغنام ، والبقر .
ومن وجهة نظر بحوث التحكم في الإخصاب ، فإن التوسيع المروغ لطباق
مفهوم التكنين هو القهم للطريقة التى يمكن أن يمنع بها ، والحيوانات المنوية
لا يحدث لها تمكين في رحم الأرانب التى حققت بالبروجسترون ، أو الأرانب
التي هى فى حالة الحمل الكاذب (الحالة البروجسترونية) . وفي الحقيقة فقد

قيل إن الحيوانات المنوية الممكنة تمكيننا تماماً يمكن أن تفقد قدرتها على الإخصاب عند تعريضها للمسالك التناسلية الأنثوية التي تكون تحت تأثير البروجسترون . ومع أن عملية التمكن لم يكن إثباتها كمنصر أساسى فى عملية نضج الحيوانات المنوية فى الرئيسيات ، فإن من المفترض أن حدوثها يبدو معقولاً .

وهندما يتيسر الحصول على الرئيسيات ما تحت الإنسان بشكل أكثر للبحوث التناسلية، فإن هذا الادعاء سيكون توضيحه قبل انقضاء مدة طويلة .
وحق الآن فإن الطريقة الوحيدة التي اكتشفت لجعل المسالك التناسلية الأنثوية غير قاهرة على تمكين الحيوان المنوى ، هى تغيير الحالة الهرمونية بحيث يكون أتران هرمون التآنيث والبروجسترون يميل ناحية البروجسترون — وهذه الملاحظة فى حيوانات التجارب توحى بشرح لآلية نوع جديد من منع الحمل الهرمونى ، يبحث الآن على نطاق واسع — وهذا التطور الجديد فى منع الحمل الهرمونى هو علاج مستمر ، أو جرعة صغيرة من البروجسترون الذى يعطى فعلاً مضاداً للإخصاب بغير الفائدة أو المضار الناجمة عن هرمون التآنيث المضاد ، ومن غير تعطيل التبويض ، وأساس الفعل المضاد لا يزال غير معروف تماماً .

وخلال البحوث على موانع الحمل الفموية ، المكونة من هرمون التآنيث والبروجسترون ، استنتج كثير من الباحثين أن التبويض يحدث فى نسبة مئوية ذات مغزى من الدورات ، رغم أن الفعل المضاد للإخصاب كان لا يزال مطلقاً، وهكذا لم تمض سنة ١٩٦٥ حتى ظهرت بحوث تقول إن وقف التبويض يمكن أن يستغنى عنه تماماً رغم الاحتفاظ بأثر قوى مضاد للإخصاب ، وقد أعطى البروجستين المخلوق ٦ كلور ، و ٦ ديميد ، و ١٧ ألفا استيوكسى البروجستين ، بجرعات منخفضة كل منها نصف جم لمجموعة من حوالى ألف امرأة ذات دورات طبيعية ولخصت النساء فى العيادة شهرياً فى انثناء فترة البحث التى غطت ما يقارب من ١٠ آلاف دورة .

ولقد حدث أربعة عشر حملاً ، عزی ثلاثة عشر منها إلى فشل المريفعة في الانتظام في تعاطي العلاج . وإذا ما أخذنا في الاعتبار أن هناك حالة منفردة بما يسمى « بفشل الطريقة » ، فإن معدل الحمل يكون ٢٠ في المئة ، أما إذا أخذنا في الاعتبار كل حالات الحمل التي حدثت بنض الفطر عن السبب فإن معدل الحمل يكون ٢٠ في المئة .

وعلى أي الحالين يكون ذلك متعافياً جداً للحمل ، وبالنسبة إلى أنواع الطمث فإن ٦٠ — ٧٥ في المئة من النساء في أي شهر ذوات دورة طولها من ٢٥ إلى ٣٥ يوماً ، ولكن ٢٠ في المئة منهن كان عندهن نزف في وسط الدورة (١) ، وينقص هذا إلى ١٢ في المئة في الدورة الخامسة .

ولقد عانى ثلثا المريفعات تقريباً من اضطرابات الدورة في أثناء فترة العشرين شهراً من الدراسة ، وبالنسبة لهذا المركب بالذات ، وبالنسبة للجرعة المستعملة ، فإن مشكلات الدورة لا تزال كموق خطيرة ، مع أن فعالية منع الحمل بطريقة البروجسترون المستمر يبدو أنها استقرت تماماً . وفي نفس الوقت فإن ستة بروجسترونات مختلفة أخرى قد وضعت قيد البحث الإكلينيكي في جرج تعتمد أن يناظر مفعولها مفعول الجرعة المنخفضة ، وتدل التجربة الكافية مع اثنين من هذه المركبات على صحة النتائج . ومع واحد من هؤلاء يمكن الوصول إلى التأثير المضاد للإخصاب بجرعات بالتم لا يمكن تصديقها لفرط صغرها حيث تصل إلى ٢٠ عجم يومياً .

ولو أن الآلية التي من خلالها يتيح الاستعمال المستمر لهذه العوامل البروجسترونية خلق حالة من هدم الإخصاب من غير وقف اللعدة التغامية عن العمل ، ولا منع التبويض ، لا تزال غير متأكد منها . فإنه يمكن تضيق مدى الاحتمالات كثيراً ويكون العلاج عن غير طريق وقف التبويض بوحى بأن طريقة الحمل قد تكون بالتأخير في انتقال الحيوان أوالبيضة ، أو على عملية الإخصاب نفسها ، أو عملية انتقال اللاقحة ، أو إعداد الغشاء المبطن الرحم لعملية

الانفراس . والأدلة المستولوجية من العينات المأخوذة من الأجساد الحية والمفحوصة مجبراً توحى بأن التغيرات في النسيج البطن للرحم ليست مسئولة عن الفعل المضاد للإخصاب . ويمكن أن يتأثر انتقال الحيوانات المنوية عند مرور الحيوان المنوى في غطاء عنق الرحم ، أو عند مستوى أعلى من ذلك في المسالك الأنثوية .

ولو أن التقارير المبدئية تميل إلى تأكيد التغيرات في غطاء عنق الرحم الذي قد يشكل حاجزاً هدائياً أمام الحيوان المنوى ، فإنه على ما يظهر الآن أن هذه التغيرات لا ترتبط بالضرورة بالفعل المضاد للإخصاب ، وستقوم الحاجة إلى بحوث أكثر من ذلك لديهم تأثير الجرعات الصغيرة بعدا من البروجستينات على مثل هذه العوامل الأساسية مثل الانتقال في الأنايب وسرعات الجاميطات والإخصاب نفسه ، وكما تبين من قبل فإن البروجستينات في منق تمكين الحيوان المنوى في الثدييات الأخرى ، يمكن أن يوضح جيداً آلية التأثير المضاد للإخصاب عند الاستعمال الإكلينيكي .

واكتشاف هذا الفعل المضاد للإخصاب المبنى على عدم انقطاع الاستعمال يفتح لأول مرة باب فرصة الجرعة الواحدة ، والمدة الطويل ، والتحكم في الإنعكاس في الإخصاب بالوسائل الهرمونية بطريقة تسمح باستمرار وظيفة المبيض والدورة الطمثية ، وهناك تطبيق يمكن توحى به النتائج الحديثة التي أظهرت أن الهرمونات الاستيرويدية يمكن أن تنطلق بسرعة ثابتة وبطبيعة من الكبسولات المصنوعة من بولمرات السليكون ، وإحدى هذه المواد هي ثنائي ميثيل هديد السليكو كزان الذي استعمل على نطاق واسع بالفعل في الجرحة ، ووجد أنه لا يتفاعل عندما يزرع تحت الجلد في آدميين .

وقد غرست كبسولات تحت الجلد تحتوي على البروجستينات المخلقة وخلات الجستيرون في إناث الفئران أو الأرانب ، وظهر الدليل البيولوجي على بقاء ونبات انطلاق هذه الهرمونات ، حتى إن كبسولة صغيرة يمكن

إيلاجها تحت الجلد من خلال إبرة حقن يمكن ملؤها بمشوة كافية من البروجستين لتستمر لأكثر من ثلاث سنوات ، والكبسولات التي يمكن أن تمدنا بإطلاق مستمر ثابت ذي جرعة منخفضة من البروجستينات لمدة خمس أو عشر أو خمس عشرة سنة أو أكثر هي شوء يقع بحق داخل نطاق الحدود العملية ، وكذلك فإن المنغرسات المانعة للحمل من هذا النوع يمكن زرعها عند الطلب ، كما أنه ليس هناك سبب للاعتقاد أن الإخصاب فيها بعد سيعيقها العطل ، وهذا النوع من منع الحمل عن طريق البروجسترون ذي الجرعة المنخفضة قد يكون واحدا من التطورات القادمة في طرق منع الحمل .

العوامل المضادة للبروجسترون :

إن البيئة الرحمية ليست لازمة لحياة أو انفراس أو تطور البيئة المنخفضة ، ففي بعض الأحيان يمكن البيئة أن تلقح وتزوع في أيوبة الاختبار كما أن الحمل خارج الرحم في الإنسان لا يعتمد إطلاقا على البيئة الرحمية .

ومع ذلك ثبت (في كل الأجناس التي درست) أن حلا ناجحا داخل الرحم يحتاج إلى إعداد بروجسترون وصيانة للتشواء المبطن الرحم ، ومن المحتمل أن نفس الوضع شائع في إناث الإنسان ، ولكن من المعروف به أن ذلك صعب الإثبات كعق مطلق .

وعلى هذا الفرض درس كثير من البحوث المعطلات الاستيرودية للانفراس بفحص مختلف المركبات بحثا عن مفعولها المضاد للبروجسترون ، وفي معمل واحد فقط اختير حوالي ٣٠٠ مركب استيرودي لقياس قدرتها على تعطيل البروجسترون . ومن هذه المركبات ظهر في التجارب اللاحقة أن قليلا منها له مفعول مانع للانفراس (في الفئران والجرذان) ، وعلى الأقل فإن مركبا واحدا ذا رقم قياسي ممتاز في المعايرة البيولوجية قد نقل إلى المحاولات الإكلينيكية بعد أن قام الدليل على مفعوله المضاد للبروجسترون .

وستقوم الاحتياجات إلى محاولات عديدة في الرئيسية تحت الإنسان قبل التجارب الفعلية على طاقات الفعل المضاد للإخصاب لهذه المركبات وأشياها .

وبالإضافة إلى ذلك فإن معاميل كثيرة قد أصدرت تقارير عن الفعل المضاد للبروجسترون لعدد من المركبات المخلفة التي يتقارب بعضها إلى بعض كثيرا من حيث التركيب الكيميائي ، هذه المركبات هي الهيدروكربونات الثنائية أو الثلاثية الغنيل أو التي كانت متبصرة منذ عددم السنين ، واستعمل العديد منها ككيميكا كهرمونات تأتت مخلقة .

وواحد منها له فعل ممتاز ومضاد للإخصاب في قران المعمل أثبت أنه فعال بشكل ملحوظ لإحداث التبويض في حالات العقم الإنساني . وكان الآخر في الحقيقة يعتبر كمعامل مضاد للإخصاب في الفساء بلا نجاح . ولا تزال هناك مركبات أخرى ورغم النتائج المعملية المشوقة لم يمر تقييمها بالنسبة للإنسان . وبالنسبة لهذه المركبات فإن الحاجة قائمة إلى محاولات لتجريبها على الرئيسية تحت الإنسان .

تعطيل وظائف الجسم الأصفر :

هناك أسلوب آخر لمعادلة البروجسترون اللازم لعملية الانفراس ألا وهو التداخل مع وظيفة الجسم الأصفر بالعوامل الأقرباذينية .

ولقد ثبت أن هناك سلسلة من معطلات الانزيم المؤكسد للأمينات ذات التكوين المائل لغنيل الهيدرازين التي حينها درس في الفئران وجد لها تأثير مباشر أو تأثير غير مباشر ، هو تعطيل قدرة الغدة النخامية على إفراز الهرمون المنبه للجسم الأصفر .

وإعطاء هذه المركبات بالقم للفئران يسبب الإجهاض في النصف الأول

من اجل ، ذلك الوقت الذى يحتاج فيه الجسم الاصفر الى الهرمون المنبه ،

وتشير التقارير الاكلينيكية أن هذا النوع من المركبات عندما يعطى
للتسوة العاقرات فإنه يسبب تحسناً فى النشاط الجنسي واستعادة الإخصاب
الطبيعى .

ورغم التعارض الظاهر فى هذه التقارير المتضاربة فإنه يبدو أن هذه
الانواع من المركبات ذات أهمية عظيمة . وإن كان دور الإنزيمات المؤكسدة
للأمينات ومعتلاتها فى عملية التناسل لم يبحث بحثاً كافياً . ولكن هذا قد
يكون من أساليب الفهم الاقرباذاينية المهمة لدراسة تنظيم الإخصاب .

وهناك مفعول مماثل مضاد لوظائف الجسم الاصفر بواسطة تعطيل
إفراز الهرمون المنبه له ، يعتقد أنه سبب المفعول المضاد للإخصاب لمادة
الارجو كورين . وهو مضاد لهستامين من سلسلة الارجوت ، وهو يمنع هذا
المركب الانفراس فى : الفأر والجرذ ، عندما يعطى لفترة محدودة فى أثناء
انتقال البيضة المخصبة فى أنابيب فالوب .

والحقيقة القائلة إن تماطى البروجسترون يقلب مفعول العقار توحي أن
الآلية الأساسية لعمل العقار هى تعطيل إطلاق البروجسترون من الجسم .
ولقد مرت سنوات عديدة منذ وصف الفعل البيولوجى الشائق لهذا المركب
قبل أن تظهر المحاولات الإكلينيكية غير المنشورة تسماً واضحاً بالجرع
للأزمة الفاعلية .

وبالتالى فإن التقدم فى المستقبل لهذا المركب بالنسبة لمنع الحمل غير
محتمل إطلاقاً .

ولا شك أن خيبة الأمل الحالية بعض النظر عن الفعل المضاد للإخصاب
من طرق مضادة لوظائف الجسم الاصفر هى أحد المظاهر الخداعة فى أفق

البحث العلمى . ومن الناحية النظرية فإن مستحضراً فعالاً عن طريق الفم بهذه الطريقة ، يمكن أن تتطاه المرأة شهرياً ، أو في وقت الحيض المتوقع ، أو في وقت الدورة التي يشك في أنها قد تكون أنخصبت بسبب تأخر الحيض . والدليل المتزايد على وجود أنواع كثيرة من المواد الكيميائية المضادة لوظائف الجسم الأصفر التي ينتجها الرحم ، وتنتقل بانتشار خلال الأنسجة والإمداد الدموي المشترك مع البيض ، سيؤدى إلى بذل مجهودات أكبر في هذا الطريق .

وقد ثبت أن التنقية الجزئية للعوامل المضادة لوظائف الجسم الأصفر في رحم الإغنام قد أظهرت أن تلك المادة هي عديد للببتيد ، كما أنها ذات ثبات مناسب للتنقية والدراسة بشكل أتم .

وقف إنتاج الحيوانات المنوية

إن الخصية كالبويض تعتمد على الإثارة بواسطة الهرمون المنبه للغدد التناسلية لكي تقوم بوظائفها الطبيعية ، ألا وهي إنتاج هرمونات الجنس ، وكذا الحيوانات المنوية .

وكالبويض تماماً يمكن تعطيل الخصية بطريقة ثانوية ، وذلك بأسلوب يوقف إنتاج منشطات الغدد الجنسية .

ومواعم الحمل النمية التي تستعملها النساء يمكن أن تكون عاملاً فعالاً لوقف إنتاج الحيوانات المنوية ، ولكن الجرعة المطلوبة لذلك لها أثر سوء في منع إفراز هرمونات الجنس من الخصية ، مما يترتب عليه نقص في الشهوة والقدرة الجنسية عند الرجل .

ولكن أسرار الاندروجين المتسيرة الطويلة المفعول التي يمكن أن تسبب تعطيلاً طويلاً المدى لإنتاج الحيوانات المنوية ، بينما تحفظ الشهوة والحالة العامة جيدة . وحالياً يبدو هذا الأسلوب مشجعاً أكثر من البحث عن مركبات تؤثر مباشرة في الخصية .

وهناك مركبات كيميائية أخرى فعالة عن طريق الفم توقف إنتاج الحيوانات المنوية من غير تعطيل وظيفة إفراز هرمونات الخصية .

ولقد وجد أن رتبا كثيرة من المواد الكيميائية لهذا المفعول ، ولكن ظهر أن لكل منها أغراضا جانبية جعلتها غير مناسبة بالنسبة لأغراض منع الحمل ، وإحدى مجموعات هذه المركبات هي النتروفورانات ، والتي كانت تستعمل على نطاق واسع كمطال نفو البكتريا . وهذه الأخيرة فعالة في وقف إنتاج الحيوانات المنوية في الإنسان ، ولكن الجرعة المطلوبة تسبب الشيان والصداع .

وفي سنة ١٩٦٠ كان هناك أمل كبير في مجموعة أخرى من المركبات كانت أصلا ذات أهمية في علاج الأمييا في الأمعاء ، وقد جربت هذه العقاقير على متطوعين من بين السجناء والذين أمكن تبين تعطيل إنتاج الحيوانات المنوية عندهم تمطلا تاماً ، وعندما أوقف المقار رجع النشاط المنوي إلى طبيعته . ومع هذه الآمال العراض كان يتوقع للبحاولات أن تتضمن رجالاً تحت ظروف اجتياحية أقرب إلى الظروف العامة .

وكانت الملاحظة الأولى غير المتوقعة أن هذا المركب يزيد من تأخير الكحول على الجهاز الدوري ، كما أنه مع استمرار متابعة المتطوعين من السجناء ثبت وجود زيادة في حدوث التهاب الكبد من الاستعمال ، ولهذا توقفت البحوث ولم تجر أكثر من ذلك .

وكان هناك مركب آخر مباشر بالتحير هو ثنائي نيترو البيروكسول ، وقد عطل إنتاج الحيوانات المنوية في الفأر لمدة أربعة أسابيع بعد جرعة واحدة عن طريق الفم ، ويمكن الإبقاء على هذه الحالة من البقم إلى ما لا نهاية بواسطة إعطاء جرعة كل أربعة أسابيع ، وقد عاد إنتاج الحيوانات المنوية كاملاً عندما أوقف العلاج في النهاية ، ولكن دراسات الأثر السمي بعد ذلك نتج عنها

وقب البحوث على المركب ، ومن الممكن لمركب مشابه أن يكتشف ويكون له
الأثر المضاد لإنتاج الحيوانات المنوية ، في حين يخلو من السمية .

أما مولدات الأجسام المضادة المتخذة من الخصية ، والتي يمكن
أن تستعمل للتطعيم النوعي لمنع تكون الحيوانات المنوية فقد أمكن عزلها .
وفي الحقيقة فإنه حتى مستخلصات الخصية غير المنتقاة يمكن أن تسبب وقف
إنتاج الحيوانات المنوية في خنزير غينيا وفي الفأر ، ولقد أجريت محاولات
لتطعيم ذكور الإنسان بمستخلصات الخصية التي بقيت لدرجة تسمح لأن يكون
تأثيرها معطل لإنتاج الحيوانات المنوية ، ولكن النتائج كانت غير مشجعة .
والتطعيم بمستخلصات الانسجة يهدف لإحداث المقم سواء في الرجال أو في
النساء ، يبدو كما لو كان شيئا من الحدس البعيد ، لأنه من بين المشكلات التي
تعطل التقدم في هذا الميدان تفاعل الانسجة المتبادل ، ونوعية الأجسام
المولدة للأجسام المضادة ، واسترجاع التفاعل المناهض استرجاعا متحكما فيه
وتطوير مساعد مناسب .

خاتمة :

وأخيرا فإن سرد الأوجه البيولوجية لتنظيم الإخصاب لا يمكن أن يكون تاما
من غير ذكر شيء من الكفاح العظيم الذي يبذل في سبيل فهمنا لأساسيات علم
الحياة والكيمياء الحيوية الخاصة بالتناسل .

وعلماء الغدد الصماء يدرسون الآن الأسس الجزيئية لتعمل الهرمونات لدرجة
أنهم يظنون أن هناك تفاعلا بين الهرمونات والجينات ،

ويقوم علماء الكيمياء الحيوية بالكشف عن مفهومات جديدة في عملية
تكوين الاسترويدات . ربما يكون من المبكر جدا أن نظن أن هذه الأفكار
الجديدة في علم الحياة سوف تحفز إلى اتجاهات جديدة في البحث التطبيقي
الوطني ، ومع هذا فإن مفهومات جديدة في علم الغدد الصماء يبدو أنها قد

أضيفت إلى قائمة الأحداث القابلة للتعطيل المتحكم فيه . والتعرف ، والتنقية
الجزيئية ، لإسترجون تعمل كاستقبل لهرمونات التآيث من أنسجة الرحم
سيكون جزءا من ذلك الكفاح لفهم آلية فعل هرمون التآيث ، وفي نفس
الوقت فإن هذا الجروتين عندما يزل سيدنا بمولد الأجسام المضادة الماروخ .
الذى سيكون له نوعية عظيمة لتعطيل التناسل مناعيا ، تلك النوعية التى
تنقص الأجسام المولدة للأجسام المضادة التى تجرى محاولات تجربتها الآن .

ولانه لبيدو عتملا أنه فى مجال الميدان العام لعلم الغدد الصماء يمكن أن
تكون المادتان الكيماويتان القادمتان المتوقع فصلهما وتنقيتهما نعمان فى نطاق
علم الغدد الصماء التناسل وهى العوامل المطلقة لمنشطات الغدد التناسلية والعوامل
الرحمية المضادة لوظيفة الجسم الأصفر . وإن تيسيرهما سيفسر العلماء بلا شك
للى البحث فى استخدامهما أو نظائرها لتعطيل المتحكم فيه فى العملية التناسلية .

أما فى نطاق الكييميا الحيوية فإن ظهور مركبات ذات أهمية فى
الكييميا الحيوية للدهون كان واحداً من أكثر التطورات مراوغة ، وهى
المركبات التى تعمل تحليق الكولسترول ، وذلك بسبب أثرها فى خطوات
التخليق الحيوى لهذا الاسترويد ، وإمكان استعمال هذه المركبات أو أشباهها
لتعطيل لإنتاج البروجسترون على سبيل المثال أو بطريقة أخرى لمعالجة
حدث أساسى فى التناسل قد يبدأ فى الظهور .

هذا قليل من كثير من الأمثلة المستقاة من ميدان العلوم البيولوجية السريع
المتطور ، وإنها لبعض الطرق المستقبلية . ولكننا لا نشك أنه سيكون هناك
طرق أخرى .

صناعة وتسويق منتجات التحكم في النسل هانس ليثين

هناك طريقة بسيطة جداً لإخبار أى شخص عن النشاط التجارى فى مسألة السكان ، وقمل برامج تنظيم الأسرة فى أنحاء العالم ، وتلك هى أن نقول بادئ ذي بدء ، إن وصفاً جيداً لهذا النشاط التجارى يمكن أن يكون هو « السوق السوداء » ، حيث إن كثيراً من الحقائق غير معروف عن هذا الموضوع ، والثى التالى الذى يمكن أن يقال ، هو أن أغلب ألوان النشاط التجارية فى هذا المجال ، تعمل منفردة خارج نطاق البرامج المشرف عليها رسمياً . ومع ذلك فإنه من المرجح أن يكون مهماً أن نقول إن إغراء ما يسمى بالسوق السوداء غالباً جداً ما يكون مقدمة تهيديّة لاستهلاك أكثر انتشاراً لمنتجات تنظيم الأسرة ، وممارسة منع الحمل .

ودعنا نبدأ بتعريف النشاط التجارى للسوق السوداء ، حتى يمكن فهم ذلك الاصطلاح . فإذا قبلنا فكرة أن المنتجات والممارسة الحديثة بالنسبة لمنع الحمل ، هى بدعة فى أغلب البلدان والمجتمعات ، فإن ما نتكلم عنه ونصفه بأنه النشاط التجارى هو تسويق بدعة لكي تحقق ربحاً . ومع هذا فإن هذه الممارسة وتلك المنتجات ليست جديدة ، وحتى وقع قريب جداً فقط كانت هناك بلدان قليلة جداً ، يمرى فيها الإنتاج والإعلان عن صنع وتسويق منتجات منع الحمل وممارسة بيعها بطريقة حرة فى الأسواق العامة .

وفى هذه البلدان من العالم ، كان النساء وجلاتينات المبلل والقراب (الكبوت) (وذلك على سبيل ذكر أكثر الطرق التقليدية شيوعاً) كانت تباع :

لما تحت الإشراف الطبي فقط ، ولما كانت تمنح للعامة بشكل محدود بدلا من عرضها بشكل ظاهر ، وفي كثير من البلدان كانت هناك قوانين تمنع البيع غير المقيّد إلى جمهور العامة ، وحتى في غياب مثل تلك القوانين ، فإن طبيعة هذه المنتجات كانت تعتبر شخصية جداً ، وحساسة جداً ، وخصوصية جداً ، بحيث لا نسمع بعرضها للعامة بالطرق التجارية العادية مثل الإعلان وزيادة المبيعات والعرض العام .

وهناك دليل على قوة حاجة الجمهور إلى هذه المنتجات وتلك الممارسة ، وربما كان أحسن ما يشهد بتلك الحقيقة أن الإعلان عن تلك المنتجات كان الكلام هنا لا غير . ومع ذلك فقد حدث نشاط تجارى كبير في هذه السنوات . فإن منتجات وخدمات تقدر بملايين الدولارات ، قدمت إلى الجمهور بالرغم من قوانين البلاد ، وبالرغم من العوامل التي تحد من الحصول عليها عن طريق الأطباء والصيديات . إن ما حدث أساسا هو السوق الممنوعة التي لسميها بالسوق السوداء .

وقد يكون من الشاق حقا أن نقدم منظراً مجسداً للموضوع ، بوصف تاريخ ظاهرة القسويق هذه . وأحسن طريقة لذلك هو أن نقيم تاريخ هذا الموضوع إلى ثلاث فترات : الأولى : هي فترة ما قبل التاريخ التي تشمل الزمن حتى نهاية الحرب العالمية الثانية سنة ١٩٤٥ ، والثانية هي المرحلة ما قبل الحديثة من سنة ١٩٤٥ حتى سنة ١٩٦٠ ، والثالثة هي المرحلة الحديثة والتي تبدأ من سنة ١٩٦٠ .

وطوال مرحلتى ما قبل التاريخ وما قبل الحديثة (حتى سنة ١٩٦٠) كان النشاط التجارى يتميز بتعطيل تسويق غريب آتّن فيه لإنتاج وبيع واستعمال القرباى بالتساوى مع كل وسائل منع الحل التقليدية الأخرى مثل الأغذية والجلاتينات ، والكريمات ، والأقراص المبهلية ، والبوس ، ولقد بينت التقارير أن هذه الظاهرة حدثت بحق في أي مكان من العالم تقريبا حيثما كانه

هذه المنتجات متيسرة للاستعمال بفرض منع الحمل .

ومن هذه الظاهرة تنتج عقايل عديدة .

فالتقارب من المنتجات التي يستعملها الرجل ، ولكن ذلك بالطبع لا يعنى أن الرجال كانت دوافعهم أشد من النساء ، ولكنه كان من المسموح لديهم بشكل أكثر أن يتصرفوا بذلك الطريقة الخاصة . وكذلك فإن التقارب كان يستعمل كوسيلة وكاية من الأمراض السرية في وقت كانت فيه هذه المشكلة قد اتخذت شكلا شائعا جداً . ولكن هذا لا يعنى أن التقارب كان غرضه الأول من الاستعمال هو ذلك للفرض ، وليس التحكم في الإنجاب ، ، وربما تكون أكثر هذه النتائج دلالة هو ما يتصل بالتسويق والربح .

فالتقارب كان ولا يزال يستعمل مرة واحدة ، وهو بسيط الاستعمال نسبياً ولبقى به بعيداً بعد ذلك .

ولقد كان ربح الصانع وتاجر الجملة وبائع التجزئة ، القطاعى ، وفي الحقيقة في كل خطوة في نظام التوزيع ، كان هذا الربح أكثر منه بالنسبة للسلع والخردوات المماثلة ، أو العناصر الجديدة ، مثل مواسى الخلاقة ، أو كريم الخلاقة والصابون ، أو أربطة الأحذية . ولم تكن أكثر الأماكن أهمية لتوزيع التقارب هي الأماكن الطبية والصيدليات في العالم (كما هو الشأن بالنسبة : للأغذية ، والجيلاتينات ، والسكريات ، واللبوس ، والأقراص المهبلية) . ولكنه بالإضافة إلى ذلك وأهم منه أن التقارب كان يوزع ولا يزال على نطاق واسع في متاجر الخردوات ، ومتاجر الحل ، والآلات التي تقوم بقبض البنن وإبراز السلعة من تلقاء نفسها ، وبائعى الارصفة ، وآخرين كثيرين . وهكذا فإن العائد الكبير جداً الناتج عن بيع التقارب يبدو حافزاً لكثير من الناس لزيادة مبيعاتهم .

وهناك ظاهرة أخرى ساعدت على توسيع نطاق استعمال التقارب ، تلك

خمس مئة ألف دولار النشاط التعليمي الذي أنشأته القوات المسلحة للولايات المتحدة في أثناء الحرب العالمية الثانية ، وهذه الجهود التعليمية تضمنت شرساً لاستعمال القرباب كحماية فعالة ضد المرض . وكانت الأقربة تصرف بجانب القوات المحاربة للوقاية من الأمراض السرية ، وهذا الإمداد المجاني أنشأ طلباً من المصانع لامتثال له من قبل لهذه المنتجات . وبالإضافة إلى ذلك فإنه علم كثيراً من الرجال استعمال هذه السلعة أصلاً للوقاية من الأمراض السرية ، ولكنها فعالة جداً في منع الحمل أيضاً .

وفي الولايات المتحدة كانت طاقة إنتاج القرباب قد تضاغت في أثناء الفترة من ١٩٢٩ إلى ١٩٤٦ . وفي أثناء سنة ١٩٤٥ قدر أن مليوناً ونصف مليون من الأقربة قد بيعت في الولايات المتحدة ، كما بيع نصف مليون في المملكة المتحدة ، أو حوالي اثني عشر قراباً لكل زوج من يتراوح أعمارهم بين عشرين وأربعة وأربعين عاماً .

أما بقية موانع الحمل التي كانت متيسرة في هاتين الفترتين ، فقد كانت لاستعمال جمهرة النساء والصيدليات ، وكان من الممكن عن طريق غشاء ثوب بإحكام أن يمنع الحمل لعدة سنين . أما الكريمات والجيلاتينات والبوسات والأقراص المهبلية ، فقد كانت مقبولة من النساء ذوات الدوافع الشديدة ، ولكنها كانت تعتبر عادة نوعاً من التلوث فضلاً عن أنها غير مرضية عند الاستعمال ، لأنها تحتاج إلى شيء من المعالجة الباردة بواسطة المستعملة ، وكانت بعض المنتجات تسبب تهيجاً موضعياً .

والنتيجة الحقيقية لعدم الاتزان بين مبيعات موانع الحمل ، لها علاقة بالحقيقة القائلة ، إنه مع أن صورة البيع لما يباع للنساء من موانع الحمل كان كبيراً بدرجة تماثل ما يباع من القرباب ، فإن أخلاقيات مهنة الطب والصيدلة لم تسمح باستعمال نفس خطط البيع التي يستعملها بائعو الأقراص والباعة الآخرون ممن يبيعون القرباب .

ومن المستحيل تعيين المبيعات الكلية لموانع الحمل سنة ١٩٤٥ بدقة ، ولكن هناك مصادر عديدة تقدرها بحوالى ٢٠ مليوناً من الدولارات في الولايات المتحدة . وفي هذا الوقت لم يكن هناك إنتاج أو مبيعات تذكر في أوروبا الغربية ، أو الشرقية ، أو آسيا أو أمريكا الجنوبية ، أو الشرق الأوسط . وكانت القوات المسلحة توزع مجانياً ثلثي ما ينتج من القرباب في الولايات المتحدة . وكانت الولايات المتحدة وبريطانيا هما المنتجين الأساسيتين لهذه المنتجات ، وكان الإنتاج في مرحلة البداية في اليابان .

ومن سنة ١٩٤٥ إلى سنة ١٩٦٠ ظهرت إمكانيات صناعية في كل أجزاء العالم ، وأرسلت شحنات من هذه المنتجات إلى كل دولة في العالم تقريباً . وبدأت صناعة بيع القرباب في الصيدليات في كل قارة — وبدأت لليابان ، وروسيا ، وألمانيا ، وتشيكوسلوفاكيا ، والمجر ، وفرنسا ، وسويسرا ، وإيطاليا ، وجنوب أفريقيا ، والمكسيك ، والأرجنتين ، وأوروجواي ، وبلاد أخرى كثيرة لإنتاج القرباب . وبدأ التسويق الضخم من ذلك اليوم وأخذت مبيعات كل المنتجات في الارتفاع بشكل ثابت .

وعند سنة ١٩٦٠ قدرت مبيعات القرباب سنوياً في الولايات المتحدة بحوالى ١٥٠ مليون دولار ، ولقد كان من المتفق عليه أن مبيعات القرباب تساوى تقريباً المبيعات الكلية للمنتجات الأخرى . وطامة فإن المبيعات السنوية في الولايات المتحدة لكل المنتجات كانت مساوية تقريباً لتلك المبيعات في بقية العالم . وفي سنة ١٩٦٠ كانت المنتجات التي يبيع خارج الولايات المتحدة ليست على نفس المستوى من حيث الثمن ، مما يغير في تلك الحسابات . ولكن تقديراً جيداً ، لتلك السنة بالنسبة لمبيعات العالم الكلية من منتجات منع الحمل يمكن أن تكون ٣٠٠ مليون دولار ، ويجب أن نتذكر أن هذه المنتجات كانت متيسرة غالباً فيما يسمى بالسوق السوداء ، فكانت تتداول بحرية بغير عرض في الأسواق ، ولأن هذه الخدمة مجانية في البلدان الاشتراكية ، فإنه

من المستحيل أن تراجع تقديرها بالدولارات . وفي اليابان ، حيث يشكل الإجهاض دخلاً ذا قيمة بالنسبة للممارسة الطبية ، فإن هذه الطريقة انتشرت على نطاق واسع . وبالإضافة إلى القرب فقد كان نجاحها ظاهراً في التحكم في معدل الإنجاب . وفي سنة ١٩٤٨ وسنة ١٩٦٠ أجرى ما يربو على ١٤٥ مليون إجهاض في اليابان بربح يقارب ٢٧٥ مليون دولار .

ولقد اعتبرت بداية المرحلة الحديثة اعتباراً عند سنة ١٩٦٠ ، لأنه من المناسب بدء هذه المرحلة عند بدء استعمال موانع الحمل عن طريق الفم والوالب .

وإنه لوقت مناسب الآن أن يكون هناك تنبيه في الأوضاع والقوانين تجاه منتجات وممارسة منع الحمل .

وعندما ظهرت موانع الحمل عن طريق الفم على المسرح ، في أوائل الستينيات ، لُصق وضع جديد تماماً ، فقد دخل الميدان منتجون جدد ومنتجون تقليديون . ولأول مرة كانت تحديات التسويق تمثل تكاليف لإنتاج أساسية في طاقات الربح ، ولأول مرة كان هناك واحد من المنتجات ثبت أنه فعال . ١٠٠٪ عندما يتعاطى بالطرق السليمة المنصوح بها .

وكانت هناك بعض الأضرار الجانبية ، ولكن العقار يمكن تعاطيه أو وقفه عند الإرادة ، وكان نظام الاستعمال سهلاً ، والأكثر أهمية من ذلك أن طاقات البيع كانت يمكن أن يطلق عليها « حلم مدير التسويق » . وأول مرة كان الأصحاء من الناس يتعاطون عقاراً باستمرار ، يوماً بعد يوم ، وشهراً بعد شهر ، وسنة بعد سنة . ولأن النظام كان يعتمد على الدورة الطمثية ، فقد كان إمداد سنة من الحبوب هو ثلاثة عشر شهراً ، وليس اثني عشر شهراً .

وعلى الرغم من المشكلات التي وجدت من قبل ، بالنسبة لمبيعات القطاعي والإعلان ، وزيادة المبيعات بالنسبة للأطباء والصيادلة والمستشفيات والمهن

المتصلة بها ، فقد شرع رجال تسويق الصيدليات في العمل ، وكان الرقم القياسي للبيعات الذي نتج عن ذلك مثيراً للإعجاب .

فن خط بداية يمثل صفراً من المستهلكين ، و صفراً من المبيعات ، في بداية المرحلة الحديثة ، فإنه في يناير ١٩٦٩ كان هناك ما يربو على ثمانية ملايين امرأة في الولايات المتحدة فقط يستملن موانع الحمل الفمية . وعلى نطاق عالمي كان التقدير هو ١٨ مليون امرأة ، وبالحساب البسيط فإن ضرب هذا الرقم في ١٣ وهو عدد الدورات في السنة ، يكون المجموع هو ٢٣٤ مليون دورة استعملت بها الموانع كل عام . فإن كان متوسط ثمن الوحدة بالقطاعي هو دولاراً واحداً . وهذا الرقم متعمد فيه الإقلال عن الحقيقة ، فإن حجم مبيعات القطاعي هو ٢٣٤ مليون دولار سنوياً . وإذا كانت صناعة الدواء يمكنها تحقيق مكسب متواضع هو ١٠٪ مليون لكل صندوق ، فإن الرقم ٢٣٤ مليون دولار يعطينا بعض الفكرة عن المكسب . ولاندعى أن الرقم المذكور عاليه يمسك مباشرة صورة الربح الحقيقي ، أو صورة المبيعات الحقيقية ، ولكنها تعطى فكرة عن حجم طاقات المكسب ، وهو النوع من المكسب الذي يثير دوافع مدير تسويق عتري .

ووسائل الإعلام مليئة بالمحاورات حول موانع الحمل في الصحف والمجلات والمذياع والتلفزيون . وفي كل مكان هناك مناقشة عن « الحبوب » وهذا الاهتمام الشديد له دلالة على اعتماد الجمهور لشراء هذه المنتجات .

ولقد تغيرت قواعد التسويق بعض الشيء ، وفي أجزاء كثيرة من أمريكا اللاتينية ، والشرق الأدنى ، والشرق الأوسط ، والشرق الأقصى كانت ٩٠٪ من كل موانع الحمل الفمية المستهلكة حالياً يتم اختيارها دون وصف الطبيب .

وربما يكون من المفيد أن نأخذ في الاعتبار تاريخ نمو استعمال موانع الحمل عن طريق الفم ، وكذلك اللولب والفراغ والطرق التقليدية الأخرى ،

نفي بداية ١٩٦٥ ظهر أن مجموع المستعملات لموانع الحمل الفمية هي ستة ملايين مستعملة، وأن عدد الذين قبلوه قد زاد بسرعة كبيرة جداً لدرجة أنه في بداية ١٩٦٩ كان العدد الكلي للمستعملات في العالم يقدر بحوالي ١٨ مليوناً .

والجدول رقم (١) يعطينا بعض الفكرة عن استهلاك موانع الحمل الفمية ، والتوزيع التقريبي للمستعملات . و١٤ مليون مستعملة في المناطق النامية من العالم منهم ٨٣٣ مليوناً في الولايات المتحدة وحوالي مليون في كندا والمملكة المتحدة ، وسبعائة ألف في استراليا وبمجموعة الجزائر المحيطة بها . ومايرير على مليونين في أوروبا بما في ذلك الاتحاد السوفيتي ، وفي المناطق الأقل تطوراً ، كان هناك حوالي مليونين مستعملة في أمريكا اللاتينية ، وحوالي ٨٠٠ ألف في الشرق الأقصى ، وحوالي ٧٥٠ ألفاً في الشرق الأدنى وإفريقية .

وهذه الأرقام تمثل زيادة مفاجئة ، وتبين منحى مبيعات مثيرة الدهشة حقاً ، فقد زاد عدد المستعملات إلى أكثر من الضعف منذ ١٩٦٥ ، وفي سنتي ١٩٦٨ ، ١٩٦٩ زاد العدد ٥٠٪ عن العدد في السنة التي سبقتهما .

ولقد عثت أن أغلب النساء اللاتي كن يستعملن الأفراس كن يعشن في البلدان الغنية في العالم الغربي ، وكان نصفهن في الولايات المتحدة ، وفي بداية ١٩٦٨ كان هناك ٢٣٪ يعشن في البلدان الأقل تطوراً ، ولكن في أثناء سنة ١٩٦٦ إلى ١٩٦٨ كان استعمال موانع الحمل الفمية قد زاد إلى حوالي ٢٥٠٪ في البلدان الأقل تقدماً ، في حين أنه في البلدان المتقدمة زاد حوالي ٩٠٪ فقط .

وفي يوليو ١٩٦٧ كان عدد مستعملات موانع الحمل عن طريق الفم على وجه التقريب يراوح من ٢٤٪ هي حوالي ٣٤٪ من العدد التقديري للسنة المتزوجات في سن الإنجاب في استراليا ونيوزيلندة و ٢٧٪ في كندا و ٢٤٪ في الولايات المتحدة و ١٠٪ في المملكة المتحدة و ٥٪ في أمريكا اللاتينية ، إلى حوالي ٢٪ فقط في آسيا وإفريقية ، وكان هذا الطراز من النمو كلاسيكياً جداً .

وحيث أساليب التسويق متطورة جداً ، وحيث يكون مديرو التسويق

أكثر مبادرة تحدث أكثر المبيعات من المنتجات . والارتباط بين براعة التسويق
وطاقت الربح وحجم المبيعات هو ارتباط مباشر بدرجة واضحة .

ودعنا نناقش مائع الحل الآخر الذى ظهر حديثا ، ألا وهو الوب ،
فع أن حوالى مليونين فقط من الوب قد بيعت عن طريق الوسائل التجارية
(وأغلبها في الولايات المتحدة والمملكة المتحدة واليابان) فإنها كانت تستعمل
على نطاق واسع في براغ بواسطة البرامج القومية لتنظيم الأسرة ، حيث تصرف
بجانا أو تباع بثمان زهيد جداً . وبالإضافة إلى المليونين اللذين بيعا تجاريا ،
فقد أشارت التقارير أن هناك سبعة ملايين غمد أولى الوب قد أجريت من
خلال برامج تنظيم الأسرة الحكومية ، في الهند ، ومراكش ، وباكستان ،
وكوريا الجنوبية ، والصين الوطنية ، وتايلاند ، وتونس ، وتركيا في الستين الأخيرة .

وبالإضافة إلى ذلك ، فقد جاء في التقارير أن ما يقدر بحوالى ٣ ملايين
من هذا العدد من المبيعات لا يزل يستعمل الوب في هذه البلدان (التوزيع
النوعى مبين في الجدول ١٩ - ٢) .

وإلى جانب هذه الطرق الحديثة لمنع الحمل ، فإن هناك ملايين من الأزواج
يمارسون تنظيم الأسرة باستعمال منتجات منع الحمل التقليدية ، وأوسمها انتشاراً
القراب الذى بقى إنتاجه فى العالم عند مستوى ثابت يتراوح بين ١٥ ، ١٦
مليوناً فى السنة من أواخر الخمسينيات حتى آخر سنة ١٩٦٧ ، وفى سنة ١٩٦٧
زادت اليابان فى نظام الإنتاج ، وكذلك ألمانيا . ومن المتوقع الهند أن تزيد
الإنتاج بمصنع طاقته مليونان فى السنة فى أثناء سنة ١٩٦٨ . وكذلك فإن إنتاج
الأشكال التقليدية من وسائل منع الحمل ، مثلاً : الأغشية ، والأقراص المهبلية ،
والسكريات ، والجيلاتينات ، والبيوسات ، والوذاذ الرغوى ، بقى ثابتاً رغم
الاستعمال الواسع للوب وموانع الحل القمية .

جدول رقم (١٩ - ١)

عدد وتوزيع مستعملات وسائل منع الحمل من طريق الفم

عدد المستعملات				البلد
يوليو ١٩٦٨	يوليو ١٩٦٧	يوليو ١٩٦٦	يناير ١٩٦٥	
٨٣٣٠٠٠٠	٦٥٠٠٠٠٠	٥٠٠٠٠٠٠	٤٠٠٠٠٠٠	الولايات المتحدة
٥١٨٤٣٠٠	١٠٩٣٤٠٠	١٠٦٠٠٠٠	٥٠٠٠٠	أمريكا اللاتينية
٧٠٠٠٠٠	٦٧٠٠٠٠	٥٩٠٠٠٠	٣٨٠٠٠٠	أستراليا ونيوزيلندا
٩٥٥٠٠٠٠	٧٨٩٠٠٠	٤١٥٠٠٠	٣٧٥٠٠٠	المملكة المتحدة
٥٥٥٢٠٢٠٠	١٠٢٠٠٠٠٠	٦٩٠٠٠٠	٢٥٠٠٠٠٠	أوروبا (متضمنة الاتحاد السوفييتي)
١٠٢٩٩٩٠٠٠	٧٥٠٠٠٠٠	٤٥٠٠٠٠	٢٥٠٠٠٠٠	كندا
				الشرق الأقصى
١٠٠٠٠٠٠	٨٠٠٠٠٠	٦٥٠٠٠٠	٢٧٠٠٠٠	اليابان
٩٨٠٠٠٠	٧٣٠٠٠٠	٦٠٠٠٠٠	٢٥٠٠٠٠	سنغافورة
٥٨٠٠٠٠	٥٣٠٠٠٠	٣٠٠٠٠٠	٢٠٠٠٠٠	هونغ كونج
٩٥٠٠٠٠	٥٨٠٠٠٠	٣٢٠٠٠٠	٦٠٠٠٠٠	كوريا الجنوبية
٤٤٤٠٠٠٠	١١٠٠٠٠٠	٩٤٠٠٠٠	٣٤٠٠٠٠	بلاد أخرى
٤٢٥٠٠٨٠٠	٣٢٠٠٠٠٠	٢٧٣٠٠٠٠	١٤٥٠٠٠٠	الشرق الأدنى وجمهورية مصر العربية
٣٤٤٠٠٠٠	١٢٢٠٠٠٠	١٠٠٠٠٠٠	٥٠٠٠٠٠	أفريقيا

جدول رقم (١٩ - ٢٠)

عدد وتوزيع الاعتمادات المبدئية للوالب وتقدير العدد
الذى لا يزال فى مكانه

البلد	عدد الإغادات	العدد الذى لا يزال فى مكانه
كوريا الجنوبية	١٥٣٢٨٥٠٠٠	٦٨٤٥٠٠٠
الصين الوطنية	٥١١٥٠٠٠	٢٧١٥٠٠٠
الهند	٢٥٦٣٢٥٠٠٠	١٥٢٧٥٥٠٠٠
باكستان	٢٥٠٨٩٥٠٠٠	١٥١٢٥٥٠٠٠
تونس	٤٧٨٥٠٠٠	٢٨٨٥٠٠٠
تايلاند	١٩٩٥٠٠٠	٧٧٥٠٠٠
المغرب	١٩٥٥٠٠٠	١٣٥٥٠٠٠
تركيا	١٣٧٥٠٠٠	٩٥٥٠٠٠

ولأنه لمن المستحيل تماما تقدير عدد الناس الذين يستعملون هذه الطرق ،
بسبب التغير فى كثرة الاستعمال ، وكذلك بسبب الصعوبة فى تحديد عدد ما
ينتج مبيعات أو يصدر أو يستعمل حقيقة ، ولكن التقديرات الناتجة عن أخذ
المبيعات العشوائية تبين أنه فى الولايات المتحدة والمملكة المتحدة وأوروبا
واليابان يستعمل هذه المنتجات حوالى ستة ملايين من الأزواج .

وعقائيل المستقبل واضحة . فإن عدد المستعملين الكلى من كل أنواع
منتجات منع الحمل فى العالم يمثل نسبة صغيرة من الهدف الكلى ، ألا وهو سكان
العالم .

وطاقت السوق العظيمة فى آسيا ، وأفريقيا ، والشرق الأدنى والأوسط

والأخص وفي أمريكا اللاتينية تنتظر الدراسة لهذه المنتجات كما هو الشأن بالنسبة للمنتجات الجديدة التي لا تزال تحت التطوير .

أما القرباب البلاستيك الجديد، وهرمونات الحقن الطويلة، المندى والحبوب ذات المخرج المنخفضة ؛ ومنتجات أخرى كثيرة تمثل طرقاً مريحة للاستعمال ويعول عليها ونظماً آمنة وتكاليف أقل والتي تجعل قائمة الأدوية في الفقرة الحديثة قريبة من قوتها الكاملة ، فإن هذا من توقعات المستقبل .

وبعد أن أعبت رجال التسويق لأنفسهم والعالم أن منتجات منع الحمل يمكن أن تواجه اختبار السوق الكاملة ، فإننا عندئذ نتوقع أن السوق السوداء سوف تخفت سريعاً ، حيث تكون طاقات الربح هائلة والنشاط التجاري عظيماً ويكون هذا علامة واضحة للرحلة الحديثة .

مراجع تنظيم الأسرة : ماتكاليفها وكيف تعمل د. م. م. كينغ

إن تكاليف منع لإنجاب الأطفال غير المرغوب فيهم في العالم كله تبلغ بليون دولار في السنة ، وهو رقم عائل تقريباً لما تنفقه الولايات المتحدة في فيلقام خلال شهر واحد . فلماذا — ونحن في عالم مليء بالعقول الإلكترونية وخبراء التنظيم — نقيم كل تلك العقبات عند القيام بهذا العمل بالذات .

وجزاء من الإجابة أنه حتى المسؤولون عن إعداد برامج تنظيم الأسرة هم ضحايا لفكرة الفألة إن هناك سرّاً وراء العملية ، وذلك معنى يستحق من الخبراء الذين يعرفون الكثير عن حجم المشكلة ، ولكنهم يتكلمون كثيراً بحساب القرون ، ولكننا — ونحن في عالم يريد فيه السكان بمقدار سكان مدينة نيويورك كل شهر — ليس في وسعنا أن نضيع حتى سنة واحدة دون تنفيذ برامج تنظيم الأسرة .

والنساء الشجاعات اللاتي بدأن تنظيم الأسرة منذ جيل مضى قطعن حبل الكلام وبدأن العمل . ولقد بدأن ، غالباً ، على حسابن الخاص لإنهاء مراكز حيث ينصحن ويخدمن ويقدن المعلومات إلى النسوة اللاتي يمتدّن في حاجة ماسة إلى العون .

وبمعنى آخر لا يختلف هذا عما نفعله الآن ؛ فالعناصر الأساسية في الميدان هي امرأة تريد العون ، وطبيب يمكن أن يقدمه ، وعامل في الميدان (هو في الغالب المرأة) يمكن أن يوفّق بين الاثنين . وهذا صحيح إذا كانت الطرق

المستعملة هي القالب ، أو الحبوب ، أو التعميم . ولكنه إذا كانت الأقربة هي المستعملة فإنه لا حاجة حتى إلى طبيب .

وإقامة برنامج وطني هو عمل بسيط أساساً ؛ فالمال ، والعاملون ، والإمدادات ، والتنظيم الواضح ، شيء لازم لذلك .

وكما أمكن ذلك ، فإنه يجب أن يرتبط البرنامج برعاية الأمومة والطفولة في نظام الصحة العامة ، ولكنه يجب ألا ينتظر إقامة هذه الخدمات إذا لم تكن موجودة .

وفي آسيا على سبيل المثال لا تكن المشكلة في إقناع الحكومات أن تنظم الأسرة لازم ، ولكنها تكن في مساعدتها على عمل ما هي في حاجة ماسة إليه بنجاح .

ولكل من الهند وباكستان وإندونيسيا وكوريا سياسات قومية ، وفي كل منها إلا لإندونيسيا حكومات يتوافر لديها المال إلا حينما تطلب الإمدادات من الخارج ، وتحتاج إلى عملة أجنبية .

وإذا كان المال مشكلة ولا شك ، فإن المقدار المطلوب منه يجب أن يوضع في التخطيط الاقتصادي على المدى الطويل للدولة (عادة ٥ سنوات) .

والمعارضون الذين يقولون إنه ليس في وسعنا الإنفاق على بند جديد في الميزانية كهذا ، سيعرفون الصواب إذا ما سئلوا كم يكون تكاليف إنشاء مبنى مدرسة جديدة ، وتعيين مدرسيها ، إذا لم تتخذ الإجراءات من الآن ، وإذا لم يمكن تنظيم الأسرة إلا فاتاً من التمويل ، وفي آسيا فإن الفئات غالباً ما تكون بسيطة .

وخطوات تنظيم قلية لسيا .

(١) الحصول على تفويض بالبرنامج .

(٢) تقدير النفقات والحصول على المال .

(٣) تحديد أهداف مؤقتة .

(٤) استشارة وتدريب العاملين .

(٥) استحضار الإمدادات والمعدات .

(٦) إقامة أصغر تنظيم لازم للقيام بالعمل .

(٧) البدء بسرعة حينما يكون العاملون مستعدين في أي مكان .

والمنظمون بادئ ذي بدء يجب أن يكونوا من المهتمين بالحصول على نتائج ملموسة على شكل قلابين جدد لتنظيم الأسرة . وسيكون في وسعهم ذلك على وجه أكمل إذا أمكنهم الحصول على التأييد مقدما من المسئولين ذوي الأهمية ، فوافقة وزير الصحة شيء أساسي بالطبع ، ولكنه يكون فعالا جدا أن تكون هناك موافقة قوية من رئيس الوزراء ، أو رئيس الجمهورية .

وبل ذلك في الأهمية أن يكون مشهورر الأطباء — وخاصة أخصائيي الولادة — مزودين بكل المعلومات عن البرنامج ، ويدعمون الطريقة المقترحة لتنفيذه (إذا كانت هذه من الطرق الجديدة مثل اللولب والحبوب في آسيا ، فقد يستغرق هذا سنة أو سنتين للاختبار ، ويجب أن يحاول كل بلد الطريقة التي تلائمها) .

إن مساعدة الزعماء الدينيين شيء يجب الاهتمام به والسعى إليه ، وهذا سهل نسبيا في البلدان البوذية والهندوكية ، وحتى البلدان الإسلامية نفسها . أما في البلدان السكاوليكية فإنه يحسن الإغضاء في بعض الأحيان ، وفي بعض الأحيان يكون هناك اتفاق تكيفي مع المسئولين بالكنيسة

على ألا تمارض تنظيم الأسرة بين الفقراء الذين تتضح حاجتهم الماسة إلى ذلك دون الحاجة إلى إصدار بيان رسمي من الكنيسة .

أما في البلدان الكبيرة خاصة فإنه من المهم إعطاء تنظيم الأسرة أكبر قدر ممكن من الاحترام . ولقد فعلت الهند ذلك بقسمية وزير الصحة : وزير الصحة وتنظيم الأسرة . أما إذا كان ذلك مستحيلا فإن الاهتمام يجب أن يوجه إلى المستوى التالي ، ألا وهو المكتب . ولكن في كوريا فإن أكثر المراكز نجاحا يقع في حى متواضع مع مركز رعاية الامومة والطفولة . والسبب في ذلك أن الوزير يدعم البرنامج بإخلاص ، من خلفه مجلس التخطيط الاقتصادي .

ومدير البرنامج بالطبع يجب أن يكون رجلا ذا قدرة ، وطيبا ذا قدرات إدارية ، وقد يكون شخصا مثاليا كدير البرنامج .

ولكن رجلا من العامة ذا قدرات إدارية هو اختيار أفضل من اختيار طبيب ليس له هذه القدرات ، وسواء أكان طبيبا أم لا فمن اللازم أن تلحق به هيئة طبية استشارية .

وبعض البلدان يقع في الخطأ القاتل إن العمل يمكن إنجاز به واسطة مجموعة من الاوامر ، حين تبحث عن جنرال متقاعد يفشل عادة في إنجاز تلك المهمة . أما الرجل الذي يحقق النجاح فهو الرجل الذي أبحر عملا مماثلا من قبل والذي يعرف تماما ماذا يجب أن يصنع في الميدان والذي يعرف أيضا كيف يدفع دولاب العمل ، حتى يكون المال والمعاملون والإمدادات قد وضعت في الوقت المناسب في المكان المناسب .

وبعد ذلك فإن المنظم يجب أن يستقر على رأى حول الاهداف السنوية ، وقليل من القادة يتحاشون الإعلان عن أهدافهم ، على أساس أن العاملين ستنتشط وروحهم السنوية إذا لم تتحقق الاهداف ، وأنهم قد يورون تقاريرهم كبا

يصلوا إلى الحد المطلوب منهم . ولكن برنامجا ناجحا كالذي في كوريا والصين الوطنية له أهداف قومية سنوية كثيرا ما يتجاوزونها هناك كل سنة ويتفوقون عليها ، حتى إن كل عام له حمل محدد يقوم به ويراجع عليه كل شهر ، حتى يتأكد أنها ، أو أنه يقوم به على الوجه الأكمل . وهناك خطر يكمن في توقف العامل عن العمل حالما يصل إلى المقرر المطلوب منه . ولذا كان الحل لذلك في الصين الوطنية هو إعطاء مكافآت تشجيعية من كل من يقبل تنظيم الأسرة زيادة عن الحد المقرر .

وأحسن طريقة لتحديد الهدف يكون أساسها هو ما حقق بالفعل في أثناء الجهود الاستكشافية تحت الظروف العادية .

فإذا لم تكن هذه المعلومات متيسرة ، فإن مائة من يقبلون البرنامج في السنة الأولى هو هدف معقول حين تكون المؤسسة لا تزال غير كاملة لكل عامل يعمل طوال الوقت .

وفي السنة الثانية يمكن رفع هذا الرقم إلى ٢٠٠ — وبعد ذلك فإن التجربة يجب أن تكون المرشد الأساسي . ومع ذلك فإن لم يكن هناك دليل لا بأس به على أن العاملين يمكنهم أن يزيدوا من العمل فإنه يجب ألا يزداد الهدف بأكثر من ١٠ في المئة عن زيادة المهارات . وإذا كانت هناك حاجة إلى إنتاج أكثر من ذلك ، فيجب توظيف عدد أكبر من الموظفين .

وهناك دليل تقريبي جداً ، وهو أنه إذا كان هناك موظف لكل عشرة إلى ثلاثين ألفاً من السكان (وذلك يعتمد على صعوبة الوصول إلى القرى ولسبة الأمية بين النساء) فإن الهدف بالنسبة إلى الجدد من يقبل البرنامج ، هو نصف في المائة من المجموع الكلي للسكان ، في أثناء السنة الأولى ، وواحد في المائة في السنة الثانية ، وحتى في البرنامج المهدوم دهائياً فإن النجاح قليلاً ما يصل إلى ٢ في المئة في السنة .

وأغلب البلدان تبدأ بفرض أن الأسر في المدن يمكن الوصول إليها بسهولة أكثر من تلك التي في القرى ، لكن من الصعب الاتصال بالناس في المدن ، لأن ذلك ولا ريب كإمساك ثعبان السمك الذي دهن بالدهن . فالتناس يهودون من المدن إلى قراهم عندما لا يجدون حلاً ، وغالباً ما يخرجون (لتعاشي دفع الإيجار في بعض الأحيان) وينفيون عن المنزل في أثناء ساعات العمل . ويريد الأمور تعقيداً أن بعضهم يعيشون في منازل غير مرقية (كما في بانكوك ، وهونج كونج ، أو في القوارب التي ترسو حيث يوجد مكان عال لرسوها) . وفي بلد براهج تنظيم الأسرة كثيراً ما كان الناس يعطون أسماء وعناوين مزيفة ، إما لتغطية أنهم يمارسون تنظيم الأسرة ، وإما ليتعاشوا دفع إيصالات يبعث عنهم صاحبه .

وبصفة عامة فإن استجاب مائة امرأة في مدينة مزدحمة يقارب من حيث الصعوبة استجابهن في قرية .

وفي آسيا ، حيث ركز الاهتمام حديثاً على اللولب ، قررت بعض البلدان ، مثل الصين الوطنية ، أن تكون وحدات أهدافها هي اللولب فقط ، وهذا يميل إلى إبراز أهمية إغداد اللولب ، وإلى الإغضاء عن أهمية بقائها في أمكنتها ، ولسوء الحظ فإن حوالى نصف اللولب التي يجري إغدادها تنزع خلال سنتين ، مع أنه في كثير من هذه الحالات لا تقوم الضرورة إلى ذلك .

وفي البلدان التي تعتمد أساساً على اللولب ، يجب التنبيه بشدة على الأطباء والعاملين في الميدان بوجوب تهدئة المريضة التي تجري لها عملية لإغداد لولب وإفهامها أنها يجب أن تتحل بالعصر على أعراض التسبب البسيطة المصاحبة للإغداد ، والتي قد تطول شهراً أو شهرين فإن ذلك أفضل من التعرض لمخاطر الحمل مرة ثانية .

وفي البراج السكاملة تهدف البلدة النموذجية إلى تقليل معدل النمو السنوي

من ٣ إلى ٢ في المئة في خلال عشر سنوات . ومع الأهداف المذكورة آنفاً يكون ذلك ممكناً إذا استعملت أحسن الأساليب . وحتى الآن تضمنت هذه الطرق في الغالب القوالب والقرب والتفهم ، ولكن استعمال موانع الحمل الفعّية يزداد بسرعة .

وأحسن طريقة لوضع الأهداف هي تلك الطريقة المستعملة في باكستان ، فهي تترجم نتائج كل طريقة إلى الحماية عند زيادة السكان التي تحققها خلال سنتين ويجب فحص الفعالية المقدرة لكل طريقة إلا التفهم سنوياً ، وذلك إذا ما أريد لهذه الطريقة أن تكون ذات معنى .

وهي أساس الهدف المطلوب ، فإنه من الممكن عمل تقدير تقريبي للميزانية ، ويجب أن تعد هذه الميزانية لأبعد مدى من الزمن المستقبل (سنتين عديدة في بعض الأحيان) وحتى تكون الحال مقيسة عند بدء العمل ،

وتأتى بعد ذلك استعارة العاملين ، هذا الجزء من العمل حيث يجب أن يشترك فيه القادة الكبار — الذين يجب أن يكونوا بالطبع رجال أعمال لا رجال أقوال — لهم القدرة على تحريك دولاب العمل رغم الروتين الذي ترسب في أعمال الحكومات خلال السنين .

وفي البداية يبدأ البحث عن المدربين الذين يجب إعدادهم بالممارسة العملية ، وليس بالمحاضرات ، ولكن الدعامة الأساسية للبرنامج ، هي زائرات المنازل اللاتي يكن قد تلقين تعليمهن في المدارس العالية ، أو أقل من ذلك ، بافتراض أنهن ناضجات بما فيه الكفاية ليتحدثن إلى الزوجات القرويات ، ويكتسبن ثقتن ، بغير الاهتمام كثيراً بسنوات التعليم (أو القدرة على اجتياز امتحان تحريري أكثر من الفطرة السليمة) .

وكل ما يجب أن يعمل العاملون بالميدان هو أن يساعدوا النساء اللاتي يعانين المعونة ، وأن يخبروهن بالحقائق البسيطة عن الوسائل المقيسة ، وأن يحددوا موعداً لهن مع الأطباء ، وأن يطعنن عن حين تكون هناك أعراض جانبية .

ولكن يجب عليهم ألا يقدموا نصائح طبية إلا عن الأسئلة المحددة المتعارف على إجابتها ، الخاصة بالأعراض الجانبية للولب والحبوب . ويمكن الحصول على التدريب اللازم لبده العمل في شهر أو أقل ، ولكن من اللازم القيام بتدريب لتجديد المعلومات كل سنة حتى تكون في مستوى مسير للتقدم .

كذلك يجب طلب المعدات والإمدادات في الوقت المناسب . وغالبا ما يكون الوقت المطلوب لإعدادها للعمل أطول من المتوقع .

وإن سنة واحدة على فترة قصيرة جدا للتدريب بعد توزيع المال ، وثمانية عشر شهرا هي فترة مناسبة . وأول شيء يجب طلبه هو الإمدادات والمعدات المستوردة من الخارج ، وأهم الأساسيات هي : القوالب وآلات الإغداد ، والأقراص ، والقرب ، إذا كانت هذه الأشياء مستعمل في السنة الأولى من البرنامج .

وإذا لم تكن هذه الأشياء قابلة للفساد — كما هي الحال في المناطق الاستوائية — فإنه يجب طلب ثلاثة أمثال ما يتوقع أن يستعمل في السنة الأولى . أما الباقي فإنه يوزن بالمتات أو الآلاف في مناطق العمل ، ويجب أن يكون هناك مخزون على كل مستوى . أما إذا لم تفعل ذلك فإن الأطباء العاملين حيث الحاجة إلى إلى هذه المعدات سيحاولون في طلب القوالب ، حتى ولو كانت هناك مئات أو آلاف منها في البلاد .

أما إذا كانت المعدات تفسد بسهولة ، مثل القرب ، أو من المحتمل أن تصبح وقد هني عليها الزمن سريعا ، مثل أقراص منع الحمل المستعملة حاليا ، فإن أى طلب يجب أن يكون هو الاحتياجات المحتملة لعام قادم . ولكن يجب أن ترتب الحطة بحيث تصل الكميات كل ثلاثة أشهر .

والعناصر الأخرى غير ما تقدم قليلة ، كالفوانيس السحرية وشرائحها ، هناك كهرباء في المنازل ، وآلات العرض السينمائي إذا كان هناك أفلام ذات

بأن ، وعدد من مذياع الترانزستور في المناطق القروية حيث لا يمكن لكثير من الناس القراءة ، وعدد من السيارات بالقدر اللازم فقط ، وبالقدر الذي يمكن صيافته ، وهناك برنامجان من أحسن البرامج ، وهما في كوريا ، وفي الصين الوطنية . وليس لديهم سيارات (بل لديهم دراجات) تستعمل في تنظيم الأسرة فقط . ولكن في الهند وباكستان ، حيث يقوم عادة بإعداد القوالب لساء طبيبات ، فإن السيارات لازمة لنقل الطبيبات إلى القرى ، وكذلك لأن تلك السكان فقط يمكنهم الوصول بسهولة إلى الطبيب .

ولو أن المواد اللازمة للتدريب والاستعمال الميداني تشكل جزءاً صغيراً من الميزانية ، إلا أنه يجب التأكيد بالبدء فيه حيث إن هذه المواد ليست بحاجة إلى الإعداد بعمل الرسوم المناسبة لحسب ، ولكنها يجب اختبارها اختباراً أولياً في الوقت المناسب حيث تقوم الحاجة إليها .

والمواد المطلوبة للتدريب يجب أن تكون في أيدي العاملين يوم أن تبدأ برامج الدراسة ، والأمر صحيح كذلك بالفلسفة لاستشارات التقارير ، إذ يجب أن تكون هناك مجموعة كاملة موجودة بالمركز قبل أن يبدأ تقديم الخدمة لاية امرأة .

وباختصار فإن المنظم الجيد يعمل حسب سرعة مرور الاستشارات التي تشكل مقياساً أكيدا يستعمله للقائم على البرنامج لتقويم الأمور تقوياً جيداً .

وفي أثناء حمل جدول زمني ، فإنه من الأمور الأساسية البدء بالأشياء التي تستغرق وقتاً طويلاً ، أو التي تشكل أولى الخطوات ، ولا حاجة إلى البدء بكل الخطوات في الخطوة دفعة واحدة ، ولكن العاملين يجب أن يكونوا من الدقة بمكان بحيث يمكنهم القيام بعدد من الحركات في وقت واحد . ومن الأخطاء الشائعة الانشغال بمنصر واحد وإسكان ستة عناصر أخرى لما نفس الأهمية ، أو حتى أهمية عنصر أكثر من هذا المنصر .

والمنظم يجب أن يقرر في البدء المدى الذي يمكن أن يعتمد عليه في أثناء
حضر أعضاء التنظيم (عادة في عيادات الطفولة والأمومة) .

وبمبدأ تكامل تنظيم الأسرة مع خدمات الصحة العامة يمتاز على المدى
الطويل ، ولكنه خطير في البداية (كما هي الحال في سيلان) إذا لم تكن هناك
زيادة في أجور العاملين مقابل أى زيادة في العمل يجب أن تؤدي بالإضافة إلى
أعمال رعاية الأمومة .

كما أنه في بلد مثلاً كوربا ليس هناك الكثير الذي يمكن أن يتكامل مع
تنظيم الأسرة . فهناك ٢٣٠ عامل في ميدان تنظيم الأسرة ، بالمقارنة بحوالى
ألف عامل بميدان الصحة العامة من الأنواع الأخرى . والعاملة بتنظيم الأسرة
يجب أن تلحق بمركز صحي ، ولكن عليها ألا تبقى هناك ، بل يجب أن تذهب
إلى القرى وتحدث إلى الأمهات .

وبعض البلدان تحاول أن تقوم بكل العمل بواسطة فريق العاملين الموجود
في المراكز الصحية ، وتعمل مرتبات قليلة حوالى عشرة إلى عشرين قرشا عن
كل امرأة تحول إليهم للحصول على لولب أو البدة بطريقة أخرى وللتناجح
السريعة ، فإن هذه الطريقة بلا شك في مرتبة أقل بالنسبة للطريقة التي يضاف
فيها إلى الفريق حاملون يعملون طول الوقت .

ولأنه لما يرجى عادة أن تكون النسوة اللاتي يحضرن موافقات جديداً
أن يكن من القابلات (المولدرات) ، ولكن في بلدان كثيرة لا يعترف بهؤلاء
القابلات ، بل يعتبر وجودهن غير شرعى ، وأكثر من هذا فإنهن يعتقدن خطأ
أن تنظيم الأسرة سيقبل كثيراً من عدد الأطفال الذين يولدون ، وبالتالي
فسيقبل كثيراً من دخولهن ، أما إذا كن على علاقة طيبة بتنظيم الأسرة ، وإذا
كان يمكن إقناعهن بأن الولادات ستكون كما كانت من قبل ، وإذا ما منحن
مرتبات كافية فقد يسير دولاب العمل وإلا فلا .

وعندما يستقر الرأى على النظام ، فإن المنظم يجب أن يقرر أى نوع من السجلات يجب أن يحتفظ به محليا . وما هى التقارير التى نحن بحاجة إليها؟ وكم مرة نحتاج إليها؟ ويمكن ابتكار تلك السجلات أو الحصول عليها من مجلس السكان فى كتاب « إحصائيات الخدمات » . ويجب الاحتفاظ بكثير من السجلات عادة ويمرر تحليل القليل جدا . وعلى الأقل فإن الوحدة المحلية يجب أن تحتفظ بسجل جديد للوفقات ، ويجب عمل تقرير شهرى فى آخر كل شهر بلا إهمال .

وهذا فقط يمكن للمشرف أن يعرف ما إذا كان كل شئ يمر فى طريقه السليم أم لا . ولكن نعرف كم من الزمن تبقى اللوالب أو الأقراص أو القرب ويستمر استعمالها ، يجب الاحتفاظ باستشارة متابعة عن كل حالة ترفع عند إصدار سجل جديد . وهذه الطريقة يمكن أن تعرف أى الحالات يجب أن تلتزم .

كذلك يمكن استعمال هذه البطاقات لمعرفة إلى أى مدى من النجاح والإخفاق يسير البرنامج ، أما البعض من السجلات فمن الممكن محورها إلا أنى يحتاج إليها الأمر .

والتقارير مفيدة للمشرفين فقط إذا ما كان مريان المعلومات إلى المركز سريعا لتحل هذه المعلومات ، ويعاد إرسال النتائج ثانية إلى ميدان العمل ، فى كوريا وفى الصين الوطنية تعرف أرقام يناير جيدا قبل نهاية فبراير حتى يمكن اتخاذ إجراء علاجي فى الحال ، والتقارير التى عمرها ثلاثة أشهر هى كالصفحة القديمة مفيدة فى لف الرنجة فقط ولكنها ليست مفيدة فى الإشراف .

ويجب أن يكون هناك إشراف . كما يجب على المشرف ألا يحتفظ بأكثر من خمسة عشر عاملا تحت إدارته . وغالبا ما يستعمل لفظ المشرف لوصف هؤلاء الناس الذين يجلسون إلى مكابهم ويقرءون الجداول الإحصائية التى عمرها شهر لا أكثر . وربما يكتبون ثانية إلى من أرسل التقرير ما يعمله جيدا ، ألا وهو

أن الهدف لم يمكن تحقيقه . والعاملون المهرة لا يكونون في الغالب مشرفين مهرة . المشرفون المهرة هم أولئك الذين دربوا تدريباً خاصاً لمساعدة العاملين بالميدان للقيام بعملهم على وجه أحسن ، وأولئك الذين يعرفون بدل انتقال العاملين والذين يقضون خمسة عشر يوماً من كل شهر في الميدان ، والمدير الذي يرغب في النجاح مستعد أن يحارب في سبيل بدل الانتقال الخاص بالمشرفين ، لأنه إذا لم يفعل ذلك واختصرت الميزانية فلن بدل الانتقال هو أول عنصر يجرى حذفه .

وقديسرو أن المدير يعمل عادة في بلد له برنامج قومي وميزانية سنوية واسنحة ، ولكن أغلب البرامج تبدأ في الحقيقة بطريقة مختلفة تماماً في الماضي كانت أي امرأة مقتنعة بحق النسوة الأخريات في تحديد أسرهن تبدأ بجمع المال من الأصدقاء المعندين ، وتبدأ في العمل . وفي الواقع فإن هذه المرأة كانت لا تعلم من أين سيأتي إيجار الشهر القادم لمقر العمل ، وفكرة الإعداد لسنة قادمة كانت شيئاً يفوق الاحلام ، وبعد ذلك تأتي منحة سنوية من بعض رجال الأهل الذين يكونون قد اقتنعوا بالفكرة . ثم تجيء على أثر ذلك كميات كثيرة من القوالب من منحة بات فايندر ، ومنحة صغيرة من الاتحاد الدولي للأبوة المنظمة . وبعد ذلك تجيء جزء من منحة من هيئة سباق الخيل ، أو معونة قليلة من اليانصيب ، وبعد ذلك تجيء مبرة استعمال بعض الحجرات في مركز الصحة المحلي لساعات قليلة أثناء الأسبوع ، وأخيراً تجيء منحة صغيرة للمعونة تحتفي وراء قناع من لفظ العمل الاجتماعي ، ولسنوات طويلة لم يكن لهذه المجهودات أثر يذكر في معدل الولادة . ولكنها في النهاية فتحت أعين كثير من المجتمعات على وروطة الفقراء من ذوي العيال . ومع إنتاج القوالب والأقراص أشرق أمل جديد ، هو أن معدل الولادة يمكن إنقاذه بسرعة ، حتى في البلدان الفقيرة جداً ، وهكذا يولد برنامج قومي لتنظيم الأسرة .

ولسنوات عديدة فإن منظمي الأسرة كانوا يجبرين على الاعتماد تماماً على المال الذي يمكن جمعه عالياً . وكان على الأزواج الذين يحتاجون إلى القرب أو الأقراص ذات الرغبة أن يشتروها من مخازن الأدوية بشمن يمسك الضرائب المفروضة والتي تبلغ غالباً مائة في المائة أو أكثر على ما يسمى بالسلع

المالية . ولهذا فإن الإمدادات كانت غالبية الثمن جداً ، ويجب أن تستعمل في كل مرة تقوم فيها علاقة جنسية بين الزوجين ، ولم تكن فعالة على حال من الأحوال .

وحق حين أصبح المال متيسراً من الخارج : من مؤسسة فورد ، أو من مجلس السكان ، ولم يكن ذلك قبل سنة ١٩٦٠ ، فإن أغلبها كان ينفق على المعونة الفنية والبحوث ، ولقد كان القليل ينفق على خدمات المشروع ، وكان هذا ينحصر للبلدان الصغيرة كمرض لما يمكن أن يحدث ، وفي سنة ١٩٦٧ بدأت الولايات المتحدة أخيراً إمداد البلدان المجبرة على شراء موانع الحمل من الخارج ، وليس لديها متع كافية — بدأت إمدادها بموانع الحمل .

وفي سنة ١٩٦٨ بدأت الصورة تتغير بسرعة ، فقد أفتح علم السكان أغلب المفكرين أن كثير من البلدان الفقيرة لا بد أن تمارس تنظيم الأسرة ، أو تبقى فقيرة كما هي ، أو يزداد فقرها في كثير من الحالات ، وأكثر من هذا فإنه منذ سنة ١٩٦٥ ظهر نوهان جديدان فمالان لمنح الحمل ، وهما الولب والأقراص ، ويمكن صناعة الولب محلياً في أى مصنع من مصانع البلاستيك بتكاليف تبلغ حوالى ثمانية مليات ، والأقراص التى تساوى دولاراً أو دولارين (أى من الأربعين إلى ثمانين قرشاً في العصر) يمكن شراؤها من برنامج قوى بحوالى أربعة قروش شهرياً ، وبجميع المصادر المحلية والمعونة الدولية فإنه يمكن لأي دولة تريد حقاً ممارسة تنظيم الأسرة أن تجد النفقات اللازمة لذلك .

وبعض البلدان مثل كوريا مهتمة بتقليل معدل الولادة بسرعة لدرجة أنهم يعطون كل الخدمات والإمدادات مجاناً .

وفي الصين الوطنية تدفع المرأة دولاراً د حوالى ستين قرشاً ، يتقاضاها الطبيب نظير إعتماد الولب ، وتجمع من أثمان المحبوب ما يساوى ما يدفع للخدمات

القائمة على توزيعها ، وفي الهند وباكستان تدفع الحكومة أظلم الثمن ، ولكنها تفرض رسما صغيرا (حوالي قرش واحد لكل دسنة ، من القرب) ، وذلك حسب النظرية القائلة إنه حتى أكثر الناس فقرا يظنون أن ما يدفعون من المال هو ما يعود عليهم بالفائدة ، دون غيره مما يصرف بالبحمان .

وإذا ما كان هدفا هو النتائج السريعة فإنه من الأحسن إعطاء الإمدادات مجانا ، أو بضمن رمزي — وقد برهنت كوريا على ذلك بإقامة واحد من أكثر البرامج فعالية في العالم .

وبين الفقراء من الناس فإنه حتى القليل من المال قديمي الفرق بين الاستمرار أو الانقطاع عن ممارسة تنظيم الأسرة ، ومن ناحية أخرى فإن الحكومة إذا لم تكن راغبة في دفع التكاليف لمدة عشر سنين على الأقل ، فإن من الأحسن في البداية أن يتحمل الثمن من يقدر على الدفع مع إعطاء تساهل يقدر بحوالي ٢٠ في المئة بالنسبة لمن لا يقدر على الدفع ، ومن السهل دائما خفض الأسعار أكثر من رفعها .

وتكاليف برامج تنظيم الأسرة في آسيا تبدو رخيصة جدا في نظر الأمريكيين ، ولا بد وأن تكون هذه هي الحالة في البلدان التي يبلغ دخل الفرد فيها أقل من ٢٠٠ دولار ، وكذلك الحال في البلدان الكبرى (في الهند وباكستان والصين الشعبية وإندونيسيا أقل من ١٠ دولار للفرد الواحد في السنة) ، والسبب في أن هذه النفقات منخفضة هي أن المرتبات منخفضة أيضا حيث تبلغ حوالي ٢٥ دولارا في الشهر أو أقل .

وعلى سبيل المثال فإنه في كوريا سنة ١٩٦٧ بلغ مجموع تكاليف الخدمات مليونين وربع مليون دولار كانت موزعة كالتالي :

٣٣٠ ألفا لإعتماد الوالدين ، ١٥٠ ألفا للأزواج الذين يستعملون القراب ، وعشرون ألفا لعملية التعميم ، ولذلك فإنه مقابل ٥٠٠ دولارا للزوجين تمتع

خدمة حوالى نصف مليون من الناس . وبالنسبة للسنين القادمة فإن ستمال القرب سيكلف الحكومة حوالى دولار فى السنة لكل زوجين .

ولن تكلف الرقاب شيئا إذا بقيت فى أماكنها حوالى ثلاث سنين . أما التمتع فإن يكلف شيئا . وأغلب الأثر نزهة لوالهين أو الذين يريدون التحول عن القرب سيختارون طريقة أخرى فعالة ، لأنهم قد جربوا ذلك بأنفسهم . وفى الصين الوطنية فى سنة ١٩٦٧ فإن مبلغا إجماليا مقداره ٦٥٠ ألفا من الدولارات (بما فى ذلك المعونة الخارجية) ، كان موزعا كالآلى : ١٢٠ ألفا لإعتماد الرقاب ، ٣٢ ألفا امرأة بدأت تتعاطى أفراس المتع بتكاليف مقدارها ١١ دولار الزوجين .

ولمدة ثلاث سنوات قبل ذلك عندما كانت النساء من ذوات الأسر الكبيرة يحسن إلى الطبيب بأنفسهن ، كانت تكاليف البرنامج ٢٧٥ من الدولارات . بالنسبة لأن المرتبات قد ارتفعت أخيرا عن مستوياتها التى كانت لا تتحمل ، فإنه يجب البحث عن النسوة الأقل قنوطا ، على أن يقوم بذلك الباحث الميدانى . لذلك زادت التكاليف إلى ١١ دولارات .

وفى كوريا فإن التكاليف من كل فرد هى قرش ونصف قرش فى السنة ، وفى الصين الوطنية حوالى قرش واحد ، وفى البلدان التى تكون الأمية فيها أكثر انتشارا مثل الهند والباكستان ، فإن التكاليف يمكن أن تحسب على أنها حوالى ٨ قرش ونصف ، وقرشين ونصف على التوالى . والتكاليف التى أنفقتها الحكومة على منع الحمل هى أقل من ٥ فى المئتين النفقات التى تنفقها على المدارس ومراكز خدمة الطفولة الهزيلة التى تخدم الأطفال حتى من الخامسة عشرة .

ومعيار النجاح هو بطبيعة الحال انخفاض معدل الولادة والذى يصعب قياسه جدا فى البلدان المختلفة .

وفى الصين الوطنية — حيث الهدف هو تخفيض معدل الولادة من ثلاثة إلى اثنين فى المئة عند مجيء سنة ١٩٧٣ — يمكن قياس الانخفاض بدقة لأن

الإحصائيات الحيوية كانت جيدة ، وفي نهاية سنة ١٩٦٧ كانت الدلائل تشير إلى أن البرنامج حقق نجاحا أكثر من المطلوب منه ، وبالطبع كانت هناك عوامل أخرى مثل : الإجهاد المتعمد (غير الشرعي ولكنه كثير) ولكن بعد أن بدأت برامج تنظيم الأسرة فقد تضاعف معدل الانخفاض .

وقصة كوريا هي هي تماماً في كل مرة . فبالاستعانة بعون الحكومة بالإضافة إلى برنامج ذي غزون جيد (متعمدا ما توقف عن استعماله من الانقراض والوالد سنة ١٩٦٨) فإن كوريا حققت ما أرادت . وقد أثبتت كوريا لأول مرة في التاريخ أن البلدان الفقيرة يمكن أن تخفض معدلات ولادتها بسرعة ، وأكثر من هذا فإنها كانت مقدمة ستقيها بالطبع بلاد أخرى .

مسح السكان كأداة أساسية

د. باركر مولر

لقد استعملت عمليات المسح من قبل على نطاق واسع ، واستفادت منها الحكومات ، كما استفاد أصحاب الأعمال ، والسياسيون ، والأكاديميون ، والمحللون الاقتصاديون ، ووكالات الصحة والإعاش ، وكذلك مديرو تنظيم الأسرة . ولقد استغل السياسيون والمستولون الحكوميون المهتمون بالسكان عمليات المسح لتحديد ما إذا كان برنامج تنظيم الأسرة سيستد حاجة ملوسة للجاءير أم سيقاى رفضاً منها .

وبمعنى آخر فإن المسح للتعرف بالاتجاهات قد استعمل لمعرفة ما يريد الناس . وما يفكرون فيه ، وما يعملون بالنسبة لتنظيم الأسرة . ولقد كانت هناك أنواع كثيرة من المسح التي كان لها رمز خاص ، ألا وهو (KAP) وتعنى بـ K معرفة Know ، وتعنى بـ A اتجاه Attitude ، والثالثة P ممارسة Practice ، وهو ما يفعل الناس حقيقة تجاه تنظيم الأسرة .

فأهو المسح عن طريق المينة ؟ هو طريقة لمعرفة خواص كل السكان باختيار جزء . نلهم اختياراً عالياً ، هذا الجزء يسمى « المينة » ، ونفترض — على سبيل المثال — أن شخصاً يريد أن يعرف متوسط طول ووزن البالغين في بلد ما مثل الهند ، فإن تكون هناك حاجة إلى قياس طول ووزن كل شخص من البالغين في الهند ، وبدلاً من ذلك فإننا نأخذ « مينة » من بضعة آلاف

من الرجال ، ومن تلك العينة يمكن تقدير متوسط الوزن والطول لكل رجال الهند ، ويكون التقدير صحيحاً في مدى ضيق من الخطأ .

وهذه الأداة الحديثة ، ألا وهي المسح عن طريق العينة — يمكن استعمالها في أفاض متنوعة . فثلاً يمكن لذلك المسح أن يبين للخطط الاقتصادية والاجتماعى من هم الناس من كل أفراد المجتمع الذين سيوافقون أولاً يوافقون على مساعدة برنامج تنظيم الأسرة حكومياً ، ومتى نشأ برنامج ما فإنه يجب إعادة المسح كل سنتين ، حتى يعرف المدير كم هم الذين يعرفون البرنامج ؟ وما إذا كانوا يعرفون أين تقع العيادات ؟ ومتى تكون هذه العيادات مستعدة لاستقبالهم ؟ وما هى الحقائق والمعلومات الخاطئة التى يعرفونها عن البرنامج عامة وعن طرق منع الحمل الخاصة .

ويجب أن يكون لدى المدير طريقة للرجعة ، مستعدة فى أى وقت لمعرفة ماذا يحدث فى البرنامج نفسه ؟ فإذا كان قد أنشأ نظاماً جيداً لعمل التقارير (١) فإنه يجب أن يعرف عدد العاملين الذين تم توظيفهم ، ومؤهلاتهم ، والتدريب الذى حصلوا عليه ، ومقدار المنح المتيسرة والمستعملة ، والإمدادات المتاحة ، والإمدادات التى طلبت ، وأوقات تسليمها . وسيعرف أيضاً من هم عملاؤه وزبائنه الذين لا يرجعون لأخذ حوامل منع الحمل ، ولكنه لم يعرف لماذا لم يرجع هؤلاء ، ولن يعرف كذلك إذا ما كان هؤلاء اللان يرجعون لا يزالن يمارسن منع الحمل ، أم قد أصبحن حوامل .

ولذلك فإنه سيحتاج إلى مسح عينات من نوع خاص ، ليعرف لماذا لم يرجعن ؟ وماذا يفعلن ؟ وسيعرف من عينات المسح كذلك ما إذا كان هناك مبالغة فى التقارير المستقاة من إحصائيات البرنامج . وماذا يحدث للعيلات من يحضرن للعيادة مرات قليلة ثم ينقطعن ؟ أذلك لأنهن لم يسترحن إلى الطريقة التى ياملن بها ؟ أم هو بسبب ظنن أن طريقة منع الحمل التى يستعملانها غير مأمونة ولا يعتمد عليها ؟ أم لأنهن يجدن أنه من الأسهل لهن الحصول

عليها تجارياً؟ كذلك سيمدنا المسح الخاص بأجوبة لهذه الأسئلة؟ وبها يساعد مدير تنظيم الأسرة وبرنامجه .

والبرنامج الحكوى يجب أن يقدم الخدمات إلى أولئك الذين يحتاجون إليها ، وهى الخصوص هؤلاء الذين لا يقدرون على الحصول عليها .
ولكن البرنامج الحكوى يجب أن يقوم بعمله كعامل مساعد ليشجع الزيادة فى تنظيم الأسرة خارج البرنامج .

ولقد لسطت الحكومات فى تنظيم الأسرة فى تلك المناطق التى لم يبدأ فيها القطاع العام هذا النشاط حيث تقوم الحاجة إليه . وذلك لتقديم هذه الخدمات للفقراء وغير المتعلمين لتقليل معدل الإخصاب أيضاً .

والمستولون فى الحكومات فى البلاد المعروفة لدى المؤلف ينتظرون ذلك اليوم الذى تضرب فكرة تنظيم الأسرة بمذورها فى المجتمع ، لدرجة الاستثناء عن المساعدات الحكومية ، أو حتى الاستثناء عن الحاجة إليها على نطاق واسع .

وهكذا فإنه يجب على البرنامج الحكوى ، أن يبحث عن تشجيع مختلف الهيئات الخاصة لتقديم المعلومات والخدمات إلى تنظيم الأسرة . فن الواجب تشجيع الأطباء الخصوصيين على إخبار مرضاهم عن فائدة التحكم فى النسل ، ويجب عليه أيضاً أن يشجع كذلك الصيدليات والمؤسسات الأخرى على أن تجعل إمدادات موانع الحمل متيسرة ورخيصة .

ولكن كيف يمكن للحكومة أن تعرف ما يحدث فى القطاع الخاص ؟ . يمكن الحصول على بعض المعلومات عن موانع الحمل من إحصائيات الصناعة والتصدير . واستخدام وتحليل المعلومات من هذا النوع ، يجب تشجيعه ، لأن أحسن إحصائيات التصدير والصناعة لن تلقى إلا ضوءاً محدوداً على الاستعمال .

والمسح عن طريق العينة هو أداة إضافية للحصول على معلومات مما يحدث في البلاد عامة ، وليس ما يحدث في العيادات الحكومية فقط .

ويقول بيرلسون (٢) إن دراسات (KAP) تستعمل لثلاثة أغراض : الوصفي ، والتفويحي ، والتوجيهي ، ونقضي بالوصفي استخداما للحصول على صورة يعتمد عليها عن الوضع الحالي كيما يستقير كل مختص من المختولين العاملين في التنظيم مباشرة والمستولين السياسيين والحكوميين ، والأسرة الطبية ، والإعلام ، ومجتمع الاحمال ، وذوى الحرف الأخرى ، والعامة الذين يعتبر تدعيمهم لتنظيم الأسرة مهما ، والمجتمع عامة .

وفي كثير من البلدان يعتقد القادة والصفوة أن الرجل العادي والمرأة العادية لديهما قليل من الاهتمام فقط بتنظيم الأسرة ، ويريدان أكبر عدد ممكن من الأطفال ، وبالممارسة وجد أن أغلبية عظمى من الناس مهتمة بزيادة حصتها من المعرفة عن تنظيم الأسرة .

ونجد أنه من ثلثين إلى ثلاثة أرباع أولئك الذين أنجبوا أربعة أطفال أو أكثر لا يريدون أكثر من ذلك .

وبكلمة التفويحي نقى استعمال مسح (KAP) كجزء من مجموعة من الأجهزة لقياس نتائج تنظيم الأسرة . وفي الحقيقة فإنه واحد من ثلاثة أجهزة ، منها جهاز سجلات المتابعة اليومية ، والآخر هو تسجيل المعلومات الحيوية (٣) .

وإن مسحاً من نوع (KAP) يمكن أن يعرفنا بحط البداية الذي يمكن مقارنة المعلومات والاتجاه والممارسة بالنسبة إليه لعمل مسح أخرى عائلية . وعلى سبيل المثال فإن مسحين عملاً ، وكان الثاني بعد الأول بسنة واحدة فقط ، وذلك في كوروا الجنوبية ، وقد أظهر ما يأتي :

(١) ١١ في المئة فقط كن يعرفن الولب في سنة ١٩٦٤ ولكن ٤٥ في المئة كن يعرفه بعد ذلك بسنة واحدة (٤) .

(٢) في المئة فقط كن يمارس تنظيم الأسرة في سنة ١٩٦٤ بالمقارنة إلى ١٦ في المئة بعد ذلك بسنة واحدة (٥) .

(٣) أقل من ١ في المئة كن يستعملن الواجب في سنة ١٩٦٤ بالمقارنة إلى ٥ في المئة بعد ذلك بسنة (٦) .

(٤) من بين مانعات الحمل انخفضت نسبة مستعملات طريقة الرتم من ٣٩ إلى ١٩ في المئة وزادت نسبة مستعمل القراب من ٣٦ إلى ٥٧ في المئة (٧) .

وأخيراً فإننا نرى بالتوجيهي استعمال هذه المصوح لتوجيه القرارات البرنامجية، فعلى سبيل المثال ينفذ المعلومات الكورية والصينية الوطنية أن أكثر من نصف هؤلاء اللائ يردن منع الحمل، واللائ سبق لمن أن أبجبن طفلا في خلال السنة ونصف السنة الماضية سيصبح بالفعل من منظمات الأسرة، وعلى النقيض من ذلك فإن أولئك اللائ يظهرن رغبة في منع الحمل واللائ ولدن آخر طفل لهن قبل سنتين ونصف سنة نادراً ما يستعملن منع الحمل .

وهذه هي أكثر الموجبات اختصاراً عن طريق الاستفادة من مسح (KAP) ، وربما يكون من العدل أن نقول إن فائدتها في التوقيت هي بحسب ترتيبها الذي أوردناه ، ومن أوصافها أنها ساعدت على التخلص من الخرافات الكثيرة التي كانت تملأ هذا الميدان ، كما أنها ساعدت على إعطاء فكرة أوضح لبعض الناس من ذوي النفوذ عن الحالة الواقعية لهذه الأشياء .

وكان استعمالها للتقويم نادراً ، ولم يكن ما حدث إلا بداية فقط (٨) .

فاذا أفادتنا طريقة المسح عن طريق العينة عن تنظيم الأسرة ؟ لقد كتبته كتب وتقارير مفصلة عن هذه المسوح ، ولا يسمح المقام هنا بملامسة وافية لها ، ومع ذلك فإننا سنحاول أن نلقى الضوء على بعض النتائج المهمة التي كشفت عنها .

(١) في البلاد النامية يتجلب الناس أطفالا أكثر مما يريدون ، وباستثناء البلدان المتقدمة فإن أكثر الأسر الآسيوية ، وأسر أمريكا اللاتينية ، تتجلب حوالي ستة أطفال . أما الأسر في البلدان الأفريقية الواقعة جنوب الصحراء الكبرى فإنها تتجلب من ستة إلى سبعة أطفال . وهذه الأرقام ليست إلا متوسطات تعكس يأس الشعب من إكمال عدد أفراد الأسرة إلى الحد الذي يريدونه .

وعلى سبيل المثال فإن هناك منطقة كالخزام من مناطق الإخصاب الزائدة جداً ، يصل فيها حجم الأسرة إلى سبعة أطفال أو أكثر ، تمتد من غرب أفريقية في غينيا ومالي إلى النيجر ونيجريا . وهناك مناطق ذات إخصاب زائد بمائل في غرب وجنوب أفريقية ، بما في ذلك : روديسيا الشمالية ، ورواندا ، وربما كينيا والسودان . وهناك منطقة ذات إخصاب أقل تتركز في حوض الكونغو ، ويبلغ فيها حجم الأسرة الكاملة أقل من خمسة أشخاص وتدخل فيها الكونغو وجابون والكاميرون وجمهورية أفريقية الوسطى ، وربما يجب أن يلاحظ أن الإحصائيات السكانية في أفريقية مزيلة جداً ، ولهذا فإن بعض الفروق المأثر إليها لا يمتد بها . وهناك فروق بمائة تظهر في آسيا وأمريكا اللاتينية ، ولكننا الآن بصدد البلدان ذات الإخصاب العالي أو العالي جداً .

وعلى النقيض من ذلك فإنه من النادر أن نجد بلداً يكون حجم الأسرة المرغوب فيه هو خمسة أو أكثر . وعادة فإن الأسر في تلك المناطق ترغب في ٣ أو ٤ أطفال ، وإذا ما هجر من هذه الأرقام على معدل شكل الولادة الطبيعية ، ألا وهو عدد الولادات في السنة في كل ألف من السكان ؛ فإن المسح بين أن معدل الولادة في تلك البلاد — حيث تبلغ معدلات الولادة من ٤٠ إلى ٥٠ — أحياناً أكثر من ذلك — يكون قطعاً من ٢٥ إلى ٣٠ إذا ما أنجب الناس العدد الذي يريدونه من الأطفال . وعلى هذا فإن برنامج تنظيم أسرة ناجحاً قد يؤدي إلى فرق كبير في النتائج ، إذا ما ترك البلدان ذات معدل نمو السكان المعتدل إلى تلك التي يكون معدلها سريعاً .

(٢) وأرتباطاً بذلك ، فإن نسبة لا بأس بها من الناس في البلدان المتقدمة لا تريد أطفالاً أكثر مما أيجبت ، وهذه النسبة تزيد كلما زاد عدد الأطفال الأحياء .

ومن بين أولئك من ذوى الأطفال الثلاثة الأحياء فإن من ٢٠ إلى ٦٠ في المئة أو أكثر منهم لا يريدون أطفالاً أكثر من ذلك ، ومن بين ذوى الأطفال الأربعة الأحياء فإن من ٤ إلى ٩ في المئة لا يريدون أطفالاً أكثر من ذلك . ومن بين أولئك من ذوى الأطفال الخمسة الأحياء فإن من ٥٠ إلى حوالي ٩٥ في المئة لا يريدون أطفالاً أكثر من ذلك . وهذه المحاولات الواصلة يجب التأكيد منها ، ولكن النتائج ذات المغزى تظهر أنه في كل بلد هناك عدد لا بأس به لا يريدون أطفالاً أكثر مما لديهم ، وهذه النسبة تزيد بسرعة كلما زاد عدد الأطفال الأحياء .

(٣) وعلى النقيض من ذلك فإن الزوجين المابين في البلدان النامية لا يعرفان إلا الشيء القليل جداً من علم وظائف أعضاء عملية التناسل في الآدميين ، ومتى يحدث الحمل ، وعندهم معلومات محدودة عن الطرق النوعية لتنظيم الأسرة ، وقليل جداً منهم من يمارسها بالفعل . وإنه لمن المصعب أنه حينما أدخلت برامج تنظيم الأسرة ، تعلم الناس شيئاً لا بأس به عن الطرق النوعية لمنع الحمل ، ويتمثلون على الأقل شيئاً قليلاً عن الحمل ، ومتى يحدث ، وتزداد نسبة اللاتي يمارسن التحكم في الفسل في بعض الأحيان بشكل فجائي وفي أحيان أخرى ببطء ؛ ففي الصين الوطنية — وهي واحدة من أكثر البلدان النامية تقدماً — تزداد نسبة مستعمل موانع الحمل الحالية بأكثر من ٤٠ في المئة من سنة ١٩٦٥ إلى ١٩٦٧ ، وبمضى آخر ما يساوى ٢٣ في المئة إلى ٢٥ في المئة من النساء المتزوجات بين العشرين والرابعة والأربعين من العمر (١٠)

ولقد كان التنفير في كوريا الجنوبية فجائياً بشكل مماثل بما يبادل نسبة

متوية أكثر من الضعف ، ألا وهي من ٩ إلى ٢٠ في المئة من سنة ١٩٦٤ إلى سنة ١٩٦٦ (١١) .

(٤) هناك نسبة عالية من الذين يوافقون على منع الحمل في أغلب البلدان ، ولكن الاختلاف كبير من بلد إلى آخر ، ومن منطقة إلى أخرى في نفس البلد . وعلى سبيل المثال فإنه في الصين الوطنية وافق ٣٠ في المئة فقط على تنظيم الأسرة في سنة ١٩٥٧ (في تيان وثلاث قرى (١٢) ، ولكن في سنة ١٩٦٥ وافق أكثر من ٩٣ في المئة (١٣) ، وكذلك فإنه في منطقة صغيرة من كوريا تدهى كويانج وافق ٧٧ في المئة في سنة ١٩٦٢ ، ولكن بعد سنتين من إدخال برنامج تنظيم الأسرة زادت النسبة المتوية إلى ٩٧ في المئة (١٤) .

وهناك دراسة حديثة في مراکش تبين أن ٦٠ في المئة من النسوة المتزوجات في المدن يوافقن على تنظيم الأسرة ، ولكن المدى يتراوح من ٧٣ في المئة في إحدى المدن إلى ٧٦ في المئة في عاصمة البلاد (٥) ، وإنه لمن المهم جداً أن نلقي نظرة أخرى على المدن المراكشية في المستقبل بعد أن يكون برنامج تنظيم الأسرة القوي قد سار في طريقه لمدة سنوات ، وعندئذ يكون من الممكن تقويم أثر البرنامج في تقديم المعلومات والخدمات إلى من يريدونها .

وهناك سؤال شائق يرتبط بذلك سئل في فوئارام بتايلاند ، حول الرغبة في نشر برنامج تنظيم الأسرة في تايلاند كلها . وفي وقت المسح الأول سنة ١٩٦٤ فإن ٥٧ في المئة وافقوا ، ولكن بعد تسعة أشهر بعد ذلك وافق ٩١ في المئة (١٦) .

وقد تبين أن هناك شيئاً آخر مهماً ؛ وهو أن فعالية منع الحمل تزداد بشكل عظيم عندما يبلغ عدد الأطفال الحد المرغوب فيه (١٧) . ويمكن أن يقال ذلك بطريقة أخرى ، وهي أن الأزواج الذين لم يصلوا إلى العدد الذي يريدونه من الأطفال ، يمارسون منع الحمل بنير حرص ، أو يكونون ناجحين نسبياً

كبارسين لمنع الحمل ، والآن وقد أصبحت هذه المعلومات متيسرة فإن النتائج لاتدهشنا ، فإن الزوجين عندما يوقنان لإنجاب أطفالهما ، فإن موانع الحمل تكون أقل فعالية ، لأنه في العادة لا يكون الفرق ذاتمفرى إذا ولد الطفل الآن ، أو بعد سنتين أو ثلاث سنين .

و كذلك فإن الأزواج الذين لم يقرروا إذا ما كانوا يريدون طفلين ، أو ثلاثة أو أربعة . هؤلاء قد يقولون إنهم لا يريدون أطفالا في الوقت الحالي ، ولكنهم لن يمارسوا منع الحمل بطريقة فعالة إلا عندما يستقرون على العدد الذى يريدونه من الأطفال ، وعندئذ ولجأة يبدأون في ممارسة منع الحمل بطريقة فعالة .

(٦) ولقد لوحظ دائما أن النساء الكبيرات في السن ، وذوات الأعداد الكبيرة من الأطفال يكن أول من يوافق على تنظيم الأسرة .

ولقد تبين لنا من المسوح أن فعالية تنظيم الأسرة على عكس ما كان يظن كثير من الناس تكون عالية جدا إذا ما كانت المرأة كبيرة السن ، وذلك صحيح ، لأن المرأة التي تقبل أن يكون إخصابها أكبر من المتوسط ، إن هي لم تمارس منع الحمل ، فإنها ستنجب أطفالا عندما تكون في سن كبيرة بالنظر إلى عمرها الإنجابي ، وأكثر من هذا فإنه في البلدان التي حدث فيها انخفاض في الإخصاب بدأ هذا الانخفاض في النسوة الكبيرات ذوات العدد الكبير من الأطفال .

وعلى سبيل المثال فإن انخفاض معدل النسل في الصين الوطنية أكثر من ٤٠ إلى أقل من ٣٠ ، بين سنة ١٩٥٩ وسنة ١٩٦٧ ، تعزى بالكامل إلى انخفاض الإخصاب بين النساء ذوات الأعمار الأكثر من ٣٠ سنة .

وتوحى المعلومات المستقاة من الولايات المتحدة أن امرأة في المتوسط ذات سن أقل من ٢٥ تستعمل اللولب لمدة أربع سنوات ، وأن المرأة في أواخر

المشرينيات من مهرها تستعمله لمدة أكثر من خمس سنوات ، وأن المرأة في أوائل الثلاثينيات تستعمله لمدة سبع سنوات ، وأن المرأة في أواخر الثلاثينيات تستعمله حتى سن اليأس ، وكذلك فإن عدد أطفال المرأة يؤثر في معدل استبقاء الولب ؛ فبالنسبة للمرأة الصغيرة يكون متوسط زمن الاستبقاء ضعف ذلك الذي عند المرأة من ذوات الخمسة الأطفال أو أكثر ، بالمقارنة إلى تلك التي من ذوات الطفل الواحد أو الطفلين (١٨) .

ومعلومات مثل هذه توحى بأنه من المرغوب التركيز على النساء ذوات الاحمال الأكثر من ثلاثين سنة ، وذلك للوصول بتنظيم الأسرة إلى الحد الأقصى .

والاحتمال بعد ذلك كبير أن الاستعمال سيمتد إلى النسوة الصغيرات ذوات العدد القليل من الأطفال . وذلك باقتراض أن عدداً لا بأس به من النسوة الكبيرات ذوات العدد الكبير من الأطفال قد بدأ استعمال منع الحمل في أعداد كبيرة .

وكذلك فقد لوحظ أن النساء يكن أكثر اهتماماً بتنظيم الأسرة بعد الولادة مباشرة أكثر من اهتمامهن بعد شهور عديدة منها . وعلى ذلك فإن أحسن وقت لتوجيه المرأة إلى التحكم في النسل وإمكانيات تحديد عدد الأطفال هو وقت الولادة . وقد تكونت برامج عديدة على نطاق واسع لتوجيه النساء اللاتي قد ولدن لتوهن عن إمكانيات استعمال منع الحمل . وبرامج ما بعد الولادة هذه قد أثبتت نجاحاً عظيماً (١٩) .

والاستمثة الأساسية في تخطيط السكان هي :

هل معدلات الولادة قد انخفضت أم لا ؟ ولم انخفضت ؟ ويدل عدد من الدراسات على أن أولئك الواقي يعملن بنظام منع الحمل أصبحن ذوات انخساب أقل من ذي قبل ، بعض النظر عما إذا كن يستمررن في الطرق التي

يخترنا في ظل نظام برنامج تنظيم الأسرة أم لا . وقد دلت الدراسات في الصين الوطنية أنه حتى مع أن الإخصاب كان يتناقص قبل البدء في برامج تنظيم الأسرة ، فإن معدل التناقص قد زاد بشكل عظيم بعد إدخال برنامج تنظيم الأسرة (٢٠) . والمسح عن طريق المينة بين أنه بين مجموعة من المواقفات على منع الحمل يتناقص الإخصاب بمعدل يبلغ ٨٦ في المئة بالمقارنة إلى انخفاض أقل من نصف من هذا في مجموعة متناظرة ، من حيث السن ، وعدد الأطفال ، والخصائص الاجتماعية والاقتصادية الأخرى (٢١) .

وقد لوحظت ملاحظات مماثلة في واشنطن العاصمة بين مجموعة من النساء المقيمات بينت أن أولئك اللاتي قبلن تنظيم الأسرة حدث لهن انخفاض أكثر في الإخصاب (٥٩ في المئة) أكثر من أولئك اللاتي لم يقبلن تنظيم الأسرة (٧ في المئة) (٢٢) .

ولأنه لمن المدهش أن يكون من الصعب أن نعرف كم من النساء يلدن أطفالا في سنة معينة ، وكمن هؤلاء الأطفال يعيش لمدة عام واحد ، وأحد أسباب هذه المعلومات الهزيلة عن عدد المواليد أن كثيراً من النساء غير حريصات على التوازي بدقة .

وفي كثير من الثقافات فإنه لا الرجال ولا النساء يحتفلون بعيد ميلادهم ، أو يحسون بمرور يوم ميلادهم ، ولا هم يفكرون متى يتم المولود سنة بالضبط ، أو بالآخرى يبدأ في خطوة أخرى من خطوات حياته . كذلك فإن سنة ليست مقداراً موحداً من الزمن في العالم كله ، فهي في العالم الغربي ٣٦٥ يوماً في كل ثلاث سنوات من أربع ، وهي في العالم الإسلامي ٣٥٤ يوماً . أما عند اليهود فهي متغيرة ، وهي غالباً حوالي ٣٥٢ — ٣٥٤ أو ٣٥٥ يوماً ، وعندما يستلم المرء عن الولادات ، وفي فترة معينة ، فهناك قابلية لإهمال الأطفال ، أو إلى تدخّل الحوادث ، أو الظن أن حادثاً قد وقع أكثر من عام مضى ، في حين قد وقع الحادث في السنة الماضية ، وكذلك فإنه من الصعب متابعة الناس عندما يتحركون ، خاصة لمدة عام كامل .

ولكل هذه الأسباب فإنه من الصعب جداً تقرير المستوى الدقيق لمعدلات
الولادات والوفيات في مجموعة ما من السكان في سنة معينة ، والإحصاءات
الحديثة ليست غير دقيقة إلى درجة تثير الضيق في كثير من البلدان النامية ،
ولهذا السبب وضعت سلسلة من المسوح عن طريق العينات بغرض عمل
تقديرات لتطور السكان حالياً (٢٣) .

وتختلف الأساليب المستعملة اختلافاً واضحاً من مكان إلى آخر . ولا تزال
دقة الأدوات المستعملة غير تامة . ومع هذا فإن تقدماً طلياً يجري صنعه .
وبشء من تركيز الانتباه فقط على هذه المناوين الرئيسية ، يصبح من الممكن
أن نقرر مدى التغيير (إذا كان هناك تغيير) الذي يحدث في مجموعة من
الناس تحاول تقليل صرعة نموها السكاني .

خاتمة :

مامدى دقة هذه المسوح ؟ وهل يمكن الاعتماد على المعلومات التي تمدها بها ؟
وهل يمكن لهذه المسوح أن تقتنباً بما سيفعله الإنسان ؟ وكـم من الأطفال
سينجبون ؟ وهل سيارس الناس منع الحمل أم لا ؟ حتى ولو قالوا إنهم
لا يريدون مزيداً من الأطفال ؟ في البلدان المتخلفة صناعياً حيث ينخفض
مستوى التعليم تكون مستويات المعيشة غير كافية بشكل ظاهر ، وتخطيط حياة
المرء مفهوم جديد ، فهل سيجيب الفلاحون عن الأسئلة الخاصة بآمالهم
ومطامعهم وغاوتهم ومشبطات عزائمهم ودقائق حياتهم الخاصة مثل
تنظيم الأسرة ؟

وإن كثيراً من الناس ليتذكرون كم كان استفناء مجلة د لارارى دايجمست ،
غير دقيق بشكل ظاهر سنة ١٩٣٦ عندما حاول التنبؤ بنتيجة انتخابات
الرياسة في الولايات المتحدة . واليوم نعرف أن هذا المسح كان هزيل
التخطيط ، وأن الأشخاص الذين أجابوا على الاستفتاء لم يكونوا ممثلين جيداً
للمجموع ، وقبل كل شيء . فقد أجرى تحليل النتائج بطريقة فجأة ، ولأنها الحقيقة

تاريخية شائعة أن نقول إنه بالرغم من العينة الحزيلة والتهين الظاهر في أولئك الذين استجابوا للسح ، فإنه كان من الممكن محال دقيق أن يصل إلى الجواب الصحيح إذا ما كان قد رتب المجيبين ببساطة بحسب طريقة تصويتهم في الانتخابات الأخيرة ، ومنذ ذلك الوقت فقد استعملت المسوح في جميع أنحاء العالم لخدمة العديد من الأغراض ، واستمرت الحكومة وأصحاب الأعمال في الاهتمام بتلك المسوح ومساندتها ؛ لأنها تعطى معلومات مفيدة عما يفكر فيه الناخب ، وما يحبه المستهلك ، وما سيفعله بعد ذلك .

وكيف يكون جواب عن السؤال عن حجم الأسرة المرغوب فيه ذا معنى وإلى أى مدى يمكن الاعتماد على الإجابات عن حجم الأسرة المطلوب في وقت الزواج ؟ وفي منتصف الثلاثينيات بدأ وكيل ، دراسة عن التوافق الزوجي بين ثلاثمائة زوج في أثناء الخطبة ، وسألهم كم من الأطفال يتوقعون إنجابهم ؟ وفي سنتي ١٩٥٣ - ١٩٥٤ أى بعد حوالي عشرين عاما أجرى بحث خاص على هؤلاء الأزواج الذين لم يتزوج أى واحد منهم أكثر من مرة ولم تكن عندهم مشكلة عقم ، ولم يتبنوا أى طفل ، وقد استنتج المؤلف أنه بالرغم من أن تقدير عدد الأطفال كان على درجة لا بأس بها من الدقة ، فإن الارتباط بين حجم الأسرة المرغوب فيه وحجمها الحقيقي جدا يبلغ ٣٠ فقط .

وكانت النتائج غير مطمئنة . فقد ظهر أن صفار السن من المتعلمين تعليما عاليا في الفترة التي تسبق الزواج مباشرة لم يقتبأوا بشكل جيد عن عدد الأطفال الذين سينجبونهم في النهاية ، مع أنهم كانوا يعرفون كم من الأطفال يريدون .

وأكثر من هذا فإنهم بعد عشرين سنة لم يقدرُوا على تذكر ماذا كان رأيهم بدقة عن حجم الأسرة منذ عشرين سنة مضت . مع أنهم متأكدون من أنهم يمكنهم أن يتذكروا . وإله لما يمنحنا الارتياح قليلا أن الأخطاء الفردية تنجس إلى التلاشي ، ويكون المجموع دقيقاً بدرجة لا بأس بها . ولكن الأمر ربما يكون أسوأ من ذلك بين غير المتعلمين من السكان الذين لم يتأدوا التفكير

التخليطى . ويمثله هنا كيفية تحديد عدد الأطفال المرغوب في إنجابهم . هؤلاء الناس لم يتنادوا بفكرة تحديد عدد أفراد الأسرة ، ولم يتنادوا بصياغة مطالبهم . وهم بالتأكيد لم يتنادوا لإجابة أسئلة الترياء .

وهناك دراسة أخرى بين الأمهات في الولايات المتحدة تعزز الرأي القائل إن الاحتداد على الاستجابات في فترة من الزمن إنما يكون متوسطة العلو فقط ، فقد استجوبت حينئذ الأمهات بعد الولادة الثانية بوقت قصير وأعيد استجوابها بعد ثلاث سنوات .

وبالنسبة إلى ما قرأ عن استعمال أو عدم استعمال منع الحمل ، فقد أجاب ٢٠ في المئة ممن إجابات متناقضة عن فترة ما بين الزواج والحمل الأول (حوال النصف في اتجاه والنصف في الاتجاه الآخر) ولقد أجاب ١٠ في المئة ممن إجابات متناقضة عن استعمال أو عدم استعمال موانع الحمل في الفترة بين الحملين الأول والثاني ، ومرة أخرى كان التضارب موزعاً بالتساوى . ومن بين أولئك اللاتي عانين من الإجهاض أجاب ثلاثة أرباعهن إجابات متضاربة غالباً ما تتضمن اختلافاً في التذكر لمدة شهر . ولكن تلك التناقض كان يصدد الاختلاف في عدد الإجهاضات التي قررن أنهن عانين منها .

والتعليقات المذكورة فيما سبق هي مؤشراً لفة إمكان الاعتماد على بعض الأسئلة ، وعدم إمكان التحقق من الأخرى ، وهذا يجب ألا يحجب الحقيقة وهي أن كثيراً من المعلومات المفيدة قد استقيت من هذه المسوح ، ويمكن استقاء معلومات أكثر فائدة .

ولأنه لمن الواضح أن هناك نسبة أساسية سواء من الرجال أو من النساء ، يقولون إنهم يريدون أسرة ذات حجم محدود ، وبخاصة بعد الطفل الثالث أو الرابع .

هذه المعلومات ليس معروفة عادة للفكرين ، ولا للطبقات العليا والمتوسطة ،

من يحددون بالحكومة أو الصفوة في البلدان مثل الباكستان ، وتركيا ،
وجمهورية مصر العربية ، وبعض بلدان أمريكا الجنوبية . ومن الوظائف
المهمة لهذه الدراسات إعلام العامة على اختلافهم ، وفي الحقيقة تحديد
الاتجاهات بين مختلف الجماعات ، بين الصفوة ، وكذلك الاتجاهات في قطاع
عرضي السكان ، وأكثر من ذلك فإن كثيراً من المسوح قد بينت أن التفاوت
في الإخصاب قد بدأ يعمل عمله في عدد من البلدان لم تلبث فيه المعلومات
المستفادة من التعداد .

وهناك بالطبع مشكلات تظهر عند استعمال هذه المسوح في ميدان تنظيم
الأسرة ، ولهذا يجب استعمالها بحذر ، مع أنها أداة عظيمة الأهمية بالنسبة
لمدبري تنظيم الأسرة ، وبالنسبة للخططين الاقتصاديين ، وكذلك بالنسبة
للمجتمع ككل .

ملحوظات :

(١) للحصول على وصف لما يجب أن يحتويه جهاز تقارير جيد لبرنامج
تنظيم الأسرة انظر دليل الخدمات الإحصائية في تنظيم الأسرة لجون أ .
روس ، وفريدريك ف . ستيفان ، ووالتر ب . والسون (١٩٦٨) كذلك مقاييس
وتقويم برامج تنظيم الأسرة القومية د مجلة ، ديموجرافى ، المجلد الخامس
رقم (١) سنة ١٩٦٧ .

(٢) برنارد بيرلسون (دراسات ك أ ب عن الإخصاب في تخطيط
السكان و برامج السكان د لبرنارد بيرلسون وآخرين) مطبعة جامعة شيكاغو ،
شيكاغو (١٩٦٦) .

(٣) نفس الكتاب السابق .

(٤) نتائج المسح القوى عن تنظيم الأسرة د الصادر عن وزارة الصحة
والشئون الاجتماعية ، (جمهورية كوريا ديسمبر ١٩٦٦) ص ٢١٠ .

(٥) بيرلسون (المصدر السابق) .

(٦) المرجع السابق نفسه .

(٧) المراحل الأولى لتنظيم الأسرة في كوريا .

تأليفات . أ. كيم وأ. ه. تشوي ، ك. س. لي ، ي. ر. كوه (سيول ١٩٦٤)
ص ٣٤ ونتائج المسح القوي عن تنظيم الأسرة (جمهورية كوريا ديسمبر
١٩٦٥) ص ١١٣ .

(٨) بيرلسون : انظر قبله .

(٩) دراسات عن الإخصاب — المعرفة والاتجاه والممارسة .

وباوكر مولدين . دراسات في تنظيم الأسرة رقم ٧ (١٩٦٥) .

(١٠) مركز الصين الوطنية للدراسات السكانية ، القسم الإقليمي الصحي
للصين الوطنية و نتائج مسح م ك أ ب في سنتي ١٩٦٥ ، ١٩٦٧ ، تقرير مبدئي
عن المسح ومشروعات البحث . رقم ٥١ (٢٧ مارس ١٩٦٨) .

(١١) وزارة الصحة والشئون الاجتماعية و نتائج المسح القوي لتنظيم
الأسرة ، (جمهورية كوريا ديسمبر سنة ١٩٦٦) ص ٢١٠ .

(١٢) أنماط الإخصاب في الصين الوطنية و تقرير عن مسح حمل سنة
١٩٥٧ وأعيد طبعه في مجلة العلوم الاجتماعية رقم ٨ بقلم س تشن ، ي وانج ،
ف. ج. فول ، .

(كلية القانون تيان جامعة الصين الوطنية القومية) (٧٥-٧٦) .

(١٣) تقدم برنامج التحكم في الإخصاب في الصين الوطنية و بقلم ل. ب .
تشو ، ت. س. هسيو ، (مركز الدراسات السكانية للصين الوطنية والقسم
الإقليمي الصحي الصيني الوطنية أكتوبر ١٩٦٦) ص ٢١ .

(طبع على الآلة النحاسية) .

- (١٤) « دراسة كويانج » : نتائج اثنين من برامج العمل « بقلم سوك بانج ، دراسات في تنظيم الأسرة المجلد ١١ (أبريل ١٩٦٦) ص ٧ .
- (١٥) المملكة المغربية ، سكرتارية الدولة للتخطيط وإنشاء الكوادر ووزارة الصحة . لجنة دراسة تنظيم الأسرة في مناطق المدن ، الرباط (١٥ يولية ١٩٦٧) .
- (١٦) تايلاند والصين الوطنية « تأليف البراج بعد ثمانية أشهر ، دراسات في تخطيط الأسرة (١٣ أغسطس سنة ١٩٦٦) ص ٩ .
- (١٧) فعالية موانع الحمل كدالة لحجم الأسرة المطلوب « تشارلز ويستوف » في كتاب « الطفل الثالث » تأليف تشارلز ويستوف وروبرت . ج . بوتر الصنيد وفليب م . ساجي (برستون — بيو جرمي مطبعة جامعة برلستون ١٩٦٣) ص ٣٨ — ٤٤ .
- (١٨) « استيفاء الوالد : دراسة دولية مقارنة » بقلم و . باركر مولدين ودروري نورتمان وفريدريك ف ستيفان . دراسات في تنظيم الأسرة رقم ١٧ (أبريل ١٩٦٧) .
- (١٩) البراج الدولية لما بعد الولادة لتنظيم الأسرة .
- تقرير عن السنة الأولى « بقلم : جيمالد زاتوشي ، دراسات في تنظيم الأسرة رقم ٢٢ أغسطس سنة ١٩٦٧ .
- (٢٠) مركز الصين الوطنية للدراسات السكانية : المركز الصيني الوطني الإقليمي للصحة (تمجيل انخفاض معدل الإنجاب في الصين الوطنية — أثر تعداد ١٩٦٦ التقرير المبدئي عن المسح ومشروعات البحث) رقم ٧ (١٥ يوليو ١٩٦٧) .
- (٢١) مركز الصين الوطنية للدراسات السكانية ، المكتب الإقليمي الصيني الوطني للصحة . التقرير الشهري المشترك عن يناير وفبراير سنة ١٩٦٨ « برامج دراسة تنظيم الأسرة ، ٧ (٦٨ — ١) — أبريل ١٩٦٨ .

(٢٢) استعمال الأزواج المتطابقة لتقويم برنامج قسم الصحة العامة لتحديد
النسل بالعاصمة . بحث قدم إلى اجتماع الجمعية الأمريكية للإحصاء بقلم لويس .م.
أوكادا (واشنطن العاصمة ديسمبر ١٩٦٧) .

(٢٣) تقدير سرعة نمو السكان ، بقلم و . باركر مولدين في كتاب برنارد
بيرلسون وآخرين ، تنظيم الأسرة والبرامج السكانية (شيكاغو : مطبعة
جامعة شيكاغو أغسطس ١٩٦٥) الباب الخمسون ص ٦٣٥ - ٦٥٣ .

القسم الرابع :
خدمات استشارية دولية

المؤسسات الأمريكية ومشكلة الإسكان أوسكار هارزف

عرف العالم المؤسسات الخيرية منذ ما لا يقل عن ألف عام . ولكن ما يعمل منها في التنظيم الأسرى والسكان يعتبر بوجه عام ظاهرة أمريكية حديثة العهد نسبياً . وهذه المؤسسات مؤسسات أهلية ، لا تتم بالربح ، وتدار بواسطة مجلس إدارتها مباشرة ، وقد أنشئت لتسهم في مساعدة كل نشاط اجتماعي وتربوي وخيري وديني وغير ذلك مما يخدم مصلحة المجتمع عامة . وتوجد بالولايات المتحدة ثلاث مؤسسات رئيسية تعنى بموضوع تنظيم الأسرة ، اثنتان منها هما مؤسستا فورد وروكفلر (وهما ذاتا نشاط عام ولكنهما تخصصان جزءاً من اعتماداتهما لهذا الميدان) . أما المؤسسة الثالثة فهي مجلس الإسكان (وهي مؤسسة أنشئت خصيصاً لهذا الوجه من النشاط) . وليس لمجلس السكان أموال رئيسية ولكنه يعتمد على كتابات من مؤسستي فورد وروكفلر وعائلتي روكفلر وسكايف - ماى بأمريكا . والنوع الآخر من الإسهام في نشاط تنظيم الأسرة يأتي من طريق الجمعيات الوطنية لتنظيم الأسرى التي تنعوى تحت لواء الاتحاد العالمي لتنظيم الأسرة . وكلها وكالات تطوعية ، خاصة ، يأتي أغلب أرباحها من طريق التبرعات الشعبية ، وإن تلقت أخيراً بعض هبات كبيرة من الحكومة الأمريكية والمؤسسات الأخرى .

أصول اهتمام المؤسسات :

وقد بدأ اهتمام المؤسسات بموضوع التزايد السكاني منذ سنة ١٩٢٢ حين أنشئت مؤسسة مكربب لبحث مشكلات السكان . وعمل تحت لواء هذه

المؤسسة رواد، مثل واين طومسون، و ب. ك. ولبتون استطاعوا أن يسهموا بإسهامات هامة في عام التخطيط السكاني المبني على الدراسات الإحصائية لمشكلات التزايد السكاني. وفي عام ١٩٢٨ بدأ اهتمام مؤسسة ميلبانك التذكارية بموضوع الإحصاء السكاني بضم البروفسور فرانك نوتشتين إلى وحدة بحوث السكان الملحقة بها. وفي عام ١٩٣٦ أقدمت على خطوة أكبر، فقد أنشأت بجامعة برلستون قسماً كاملاً لبحوث تزايد السكان، ووضعت البروفسور نوتشتين على رأس هذا القسم.

وكان أول إسهام من مؤسسة روكفلر في موضوع التنظيم الأسري في ١٩٣١، حين قدمت منحة لمجلس بحوث مشكلات الجنس التابع للمركز القوي للبحوث.

وكان عام ١٩٥٢ عاماً هاماً، فقد أنشأ جون روكفلر الثالث مجلس السكان، وهو الهيئة الرئيسية التي تهتم بهذا الموضوع، وفي نفس العام قدمت مؤسسة فورد أول منحة منها لهذا المجلس، ولمكتب الوثائق السكاني، وهو منظمة تجمع وتنشر المعلومات عن مشكلات الزيادة السكانية.

وقد قدمت بعض المؤسسات الأخرى منذ وقت قريب الهبات لأوجه النشاط التي تتصل بالبرامج الدولية لتنظيم الأسرة. ويدخل ضمن هذه المؤسسات مؤسسة الدهم التابعة للكونغرس وعدد من المؤسسات التي أنشأها هاللتا ميللون وسكايف.

أما مؤسسة جوشيا ماسي التي تهتم اهتماماً خاصاً بالناحية الطبية التعليمية فقد كفلت أوجه النشاط التي تشجع على مشاركة الأطباء والمعالجات في مشروعات تنظيم الأسرة.

وتلعب مؤسسة بالفيندر دوراً رئيسياً في التنظيم الأسري على المستوى الدولي. وقد سجلت رسمياً كنيسة في عام ١٩٥٧، مكلة ما بدأ مؤسسها

الفقيد كلارنس جامبل الذي عمل مع حفنة من الباحثين المبدئين في ٦٥ دولة لإقامة جمعيات محلية لتنظيم الأسرة ، وتوزيع وسائل منع الحمل وتقديم كل المعلومات عن وسائل تنظيم النسل .

المساهمة المادية :

تسهم مؤسستا فورد وروكفلر ومجلس السكان بقسط وافر من الاعتمادات المخصصة لمشروعات السكان وتنظيم الأسرة على المستوى العلمي ، ففي سنة ١٩٦٧ قدمت مؤسسة فورد ٢١ مليون دولار لأعمال السكان ، هذا إلى جانب ٢٥ ملايين دولار من مؤسسة روكفلر و ٨٠ ملايين دولار من مجلس السكان . وفي نفس العام كانت ميزانية الاتحاد العالمي لتنظيم الأسرة نحو ٤ ملايين دولار . وتبرعت حكومة السويد بمبلغ ٦ ملايين دولار والولايات المتحدة بقسمة ملايين دولار لبحوث السكان (فيما وراء البحار) والأمم المتحدة بمبلغ ٨٨ مليون دولار . فإذا أضفنا إلى هذا ميزانيات المنظمات الأخرى التي لم تذكر هنا ، بلغ ما أنفق على بحوث السكان في الدول النامية سنة ١٩٦٧ من حكومات أوروبا الغربية ، والمؤسسات العالمية ما بين ٥٥ و ٦٠ مليوناً من الدولارات ، وفي نفس العام ، بلغ ما خصصته الدول النامية التي تبنت مشروعات قومية لبحوث السكان ٨٠ مليوناً من الدولارات لهذه البرامج . وهذه الأرقام تمثل زيادة هامة في الموارد المخصصة لأعمال السكان في عام ١٩٦٦ عند ما قدم الاتحاد العالمي لتنظيم الأسرة والحكومات الغربية نحو ٣٧ مليوناً من الدولارات ، في حين بلغ ما رصدته الدول النامية من ميزانياتها ٣٠ مليوناً من الدولارات .

القاعدة الأساسية لتنظيم الأسرة :

لا بد من أن نعير إلى أن ما ينفق من الأموال المخصصة لمشروعات السكان وتنظيم الأسرة وعلى توفير المساعدة الفنية والمادية مباشرة لا يعدو أن

يكون جزءاً بسيطاً من هذه الاتجاهات . في حين يذهب الجزء الأكبر منها لدهم القاعدة الأساسية لمشروعات تنظيم الأسرة ، وهو التدريب على بحوث السكان (التحليل الإحصائي والاجتاهي والاقتصادي لتغيرات السكان) ، وإنشاء إدارات لتنظيم الأسرة (ونمى بذلك تنظيم برامج تنظيم الأسرة وتطبيقها ثم تقييمها) وينفق الجزء الباقي على بحوث بيولوجيا التكاثر .

وفي الأهمام الأخيرة أولت المؤسسات بصفة خاصة أولوية للبحوث الأساسية والتطبيقية في مجال بيولوجيا التكاثر بهدف أساسى هو إيجاد وسائل لمنع الحمل تكون أكثر فاعلية ، وأرخص ثمناً ، وأسهل قبلاً عند الجمهور ، وتكون خالية من الآثار الجانبية المزعجة .

وتجرى أنشطة التدريب والبحوث ، التي تدعمها المؤسسات ، أساساً ، في الجامعات أو في معاهد متخصصة للبحوث في شتى أنحاء العالم ، لعل من أكثرها تقدماً بحوث بيولوجيا التحكم في الخصب ، التي تجري في الهند والبرازيل وتشيل والمكسيك ، بالإضافة إلى مايجرى منها في أمريكا وأوروبا .

مساعدة برامج تنظيم الأسرة :

وتتحدث الآن عن المناشط المميزة للمؤسسات لمساعدة برامج بحوث السكان فيما وراء البحار . إن مؤسسة روكفلر لا تقدم أية مساعدة استثنائية في بحوث السكان من هيئة خبرائها ، ولكنها تكتفي بالعون المادى للراكز المتخصصة في ذلك . أما مؤسسة فورد التي تسهم إسهاماً مادياً كبيراً في هذا الحقل فهي لا تكتفي بدور الممول ، بل إنها تقدم حوالى أربعة وعشرين خبيراً من خبرائها يقيمون في مختلف دول العالم النامية ، ويقدمون لها معاونتهم الفنية .

وقدمت مؤسسة فورد أول خبرائها المتفرغين في بحوث تنظيم الأسرة لهند عام ١٩٥٨ ، ومع تقدم برامج تنظيم الأسرة بهذا البلد أضافت المؤسسة

خبراء آخرون انضموا إلى نظراتهم المنوذة . ثم قبلت المؤسسة دعوات من
الباكستان وتايلاند وإندونيسيا ومصر وجامايكا وماليزيا وتونس والمغرب
للإسهام المادى فى برامج تنظيم الأسرة بها . أما المساعدة الفنية فتقدم إما
عن طريق المؤسسة مباشرة وإما عن طريق التعاقد مع مجلس السكان ومراكز
بحوث السكان فى الجامعات الكبرى . وبالإضافة إلى ذلك يقدم مجلس السكان
منحا دراسية أو تدريبية مع اهتمام أكبر ببحوث الإحصاء السكان ، وتنظيم
الأسرة ، وبحوث تحديد النسل التى يقوم بها باحثوها المتخصصون . ولدى المجلس
١٥ خبيراً متخصصاً فى تنظيم الأسرة يقدمون معونتهم الفنية لقسم دول و ١٠
مستشارين فى الإحصاء السكان بشأن دول أخرى ، والبعض منهم يعمل بالمجلس
من خلال اتفاقات مالية مع المؤسسات الأخرى ، والبعض الآخر ينفق عليه
المجلس من موارده الخاصة . وقدم هؤلاء الخبراء برنامجاً مشجعاً جداً فى كوريا
الجنوبية وفورموزا تحسب لإشراف المجلس السكان ومركز بحوث السكان
بجامعة ميتشيجان .

مدى الاستعداد :

وفى طاقة هؤلاء الخبراء أن يقدموا خدمات جديدة فى نطاق تخصصهم .
ولكن هذا يتوقف على مدى استعداد الدولة المعنية للاستفادة ببرامج ضخمة
لتنظيم الأسرة ، ويبدأ الثقل والاستعداد بحكومة وأطباء وأساتذة جامعيين
ومواطنين بارزين ، كلهم مدرك لمدى خطورة مشكلات تزايد السكان ، ولكن
هذا الاستعداد لا يبلغ هدفه إلا بوجود شعب مبعث تهيئة كاملة لفكرة
إنقاص النصب .

ويبدأ الإحساس بثقل « مشكلة السكان » عادة ، لأن هذه الزيادة تؤثر
فى صحة ورفاهية الأسرة ، عندما تظهر مأساة الطفل غير المرغوب فيه ، وزيادة
نسبة مرض الأطفال والأمهات وموتهم نتيجة الحمل الزائد عن الحد ، وزيادة
نسبة الوفيات عند الأمهات اللاتى يمارسن الإجهاض غير القانونى ، والعبء

للمادى الفادح الذى تلقىه كثرة الأطفال على الأسرة الفقيرة. أما مسألة ما إذا كان معدل نمو السكان أمراً طيباً أم سيئاً في ضوء المعدل الإجمالى للتنمية الاقتصادية لامة من الأمم ومركزها السيامى بين جيرانها فلنترك تقدير ذلك للخبراء الاقتصاديين والسياسيين. ولكن في البلاد التى يوجد بها معدل مرتفع لنمو السكان فإن الموظفين الحكوميين الذين يحملون على عاتقهم عبء التخطيط لإنشاء مدارس كافية ومنازل كافية، وتوفير غذاء كاف، ووظائف كافية، سرطان ما يصطدمون بصعوبة توفير هذه الحاجات بكميات كافية تناسب الارتفاع الحاد في السكان. بل إن بعض هذه البلدان قد وجدت نفسها مضطرة لاستيراد المواد الغذائية الأساسية لإطعام سكانها، بعد أن كانت تصدر جزءاً من المحصول. وحتى في البلاد التى لا يعتبر فيها الغذاء الكافى مشكلة ملحة، فإنها تواجه مشكلات أخرى، كإيجاد مدارس كافية ومدارس ذوى كفاية. ووجدت هذه البلاد أن عليها أن تنفق ما لا يرقى اقتصادها كي تنشئ المستشفيات ومراكز الصحة على نحو يفي بمتطلبات هذا العدد المتزايد من السكان.

وأسهمت كل هذه المشكلات في العقد الأخير لإيصال الإحساس بالآزمة من الحكومات إلى الشعوب، وساعدت على إمكان نشر برامج قوية متكاملة لتنظيم الأسرة. وبدأ هذا بمناقشات حامية في الأوساط الحكومية يعقبها تبني مشروع قوى رسمى لتحديد النسل. وهنا فقط يبدأ العمل كما عرفته دول كثيرة من آسيا.

إن تخطيط وتطبيق ثم تقويم برنامج قوى رسمى لتنظيم الأسرة يشكل تحدياً كبيراً، خصوصاً في مجتمع زراعى لم يخط بعد خطوات ملموسة في طريق التقدم والتصنيع.

برنامج المسح السكاني والطبى :

تجنب المؤسسات الكبرى القيام بدور توشهري في تنظيم الأسرة بالبلاد التى لم تبين حكوماتها سياسة رسمية في هذا الصدد، تاركاً هذا الدور لمواطني

البلاد أنفسهم ، الذين يستطيعون — يتكون جمعيات تطوعية لتنظيم الأمرة — القيام بهذه المهمة على وجه أكل . ولكن المؤسسات لم تكثف بدور المتفرج ، بل أسهمت في هذه المرحلة بالمساعدة الفنية والمادية لبعض نواحي البحث والتدريس في مجال تنظيم الأسرة ، ومنها تشجيع الدراسات الكافية التي تمكن باحثي قطر ما من أن يقدموا — بواسطة حسابات دقيقة لعدد السكان وكيفية تكوينهم وتوزيعهم — احتمالات نمو السكان في المستقبل ، كي تساعد هذه البحوث مخططي الاقتصاد القوي على توزيع أكثر إحكاما لموارد بلدهم المحدودة ، واضعين في حساباتهم التغيرات السكانية في المستقبل .

وكذا ذكرنا ، يكون الطبيب هو أول من يشعر بالاثق السمي . لزيادة مرات الحمل على الأم والطفل . وتقدم المؤسسات في بعض دول أمريكا اللاتينية منحا مخصصة لبرامج البحث العلمي في كليات الطب تستوعب بحوثا تدرس أثر استخدام وسائل منع الحمل على نسبة الإجهاض ، كما تقوم هذه البحوث درجة التأثير والأمان للأدوية المانعة للحمل ، ومدى استجابة المواطنين لها . ولذا كان على كل بلد كبير أن يحدد عددا من علمائه البيولوجيين البارزين لتقويم احتياجات مواطنيهم من موانع الحمل ومدى صلاحيتها للاستعمال . فلا يكفي أن يكون مانع الحمل مأمونا ومنشرا في الولايات المتحدة حتى تطبقه على نطاق عالمي ، بالإضافة إلى مشكلة اختلاف درجة تقبل الجمهور لموانع الحمل تبعاً لدرجة الثقافة ، وضرورة أن تكون جرعة الدواء متناسبة مع الاختلاف في فسيولوجية الجسم كالوزن والحالة الغذائية لمن سيقدم لهم هذا الدواء .

رسم خطة العمل :

ولقد أسهمت المؤسسات التي تبنى جهود تنظيم الأسرة في البحوث التي تختبر مدى استعداد السكان لتقبل تطبيق وسائل تحديد النسل عليهم . وقد شجعت هذه المؤسسات — وعلى رأسها مجلس الإسكان العالمي — الجمعيات

التي تبك في الدعاية لتعدد النسل ، وحراسة تقبل السكان ، وأحسن الطرق لتطبيقه في البلاد النامية . وقد قامت في المكسيك جماعة متخصصة من هذا النوع ترعاها مؤسسة فورد مالياً وفنياً ومؤسسة البحث الاجتماعي الكاثوليكية ، وتقوم على دراسة المواقف المختلفة لمجموعات كاثوليكية متعددة تجاه حجم الأسرة ووسائل تحديد النسل .

وحين تقرر حكومة بلد ما أنها على استعداد لتبني برنامج قومي لتحديد النسل ، فإن أول ما تقوم به هو مطالبة المؤسسات المالية المختصة بأن تكون مجموعة من الباحثين للمتاخرين ، وأن تقوم هذه المجموعة بدراسة ميدانية لهذا البلد حتى تقوم موقف البلد من ناحية النمو السكاني وتقدم توصياتها التي يخطط على أساسها البرنامج القوي . ويقوم المجلس السكاني بالدور الأكبر في إنشاء هذه المجموعات الدارسة التي تتكون عادة من أساتذة بالجامعات والمعاهد الأخرى ، بالإضافة إلى أعضاء من موظفي المجلس نفسه ، وتعمل هذه المجموعات في باكستان وتركيا وكينيا وإيران على تقديم المساعدات التدريبية لأجهزة هذه البلاد ، وعلى الأقل في مراحل نموها الأولى ، وبمدها يأخذ التطبيق سيراً يختلف بالنسبة لكل بلد وظروفه .

الاستفادة من هبات المؤسسات :

يصبح دور المؤسسات المالية مالياً وفنياً هاماً ومطلوباً حين تقرر إحدى البلاد البدء في برنامج رسمي قوي لتنظيم الأسرة . ولقد ظلت هذه المؤسسات تلعب الدور الأساسي في تقديم العون المادي لهذه البرامج حتى اشتركت حكومتا الولايات المتحدة والسويد في تقديم المعونة لها . ومع هذا فسوف يظل الاحتياج لهذه المؤسسات قائماً وماساً .

وتفضل المؤسسات المالية القيام بدور الممول بالعملات الصعبة لهذه البرامج ؛ فهي تقدمها في شكل منح للدراسة بالخارج أو مرتبات لخبراء أجانب

— وبدرجة أقل — في شراء معدات وأجهزة من الخارج . وقد تستعمل بعض الدول هذه الاعتمادات في بدء العمل ببرامجها حين لا تكون الحكومة قد خصصت مبلغا لتنفيذ البرامج بعد ، هل أساس أن تتدارك الحكومة هذا وتموضه في ميزانية الأعوام التالية ، وبأسرع ما يمكن .

نوعية الارشادات :

وتقدم المؤسسات خدمات إرشادية في كل مشروع لتنظيم الأسرة . وتقسم هذه الخدمات إلى قسمين : أولها يتعلق بالنصائح العامة التي تدور حول إدارة برنامج تنظيم الأسرة ، وثانيها أكثر تخصصا . وينصب على الفروع الأكثر دقة ، مثل الإحصاء الحيوي ، وطرق التقويم ، وتصنيع وتوزيع وسائل منع الحمل ، وإنشاء العيادات ، ووسائل التدريب ، والتثقيف الجماهيرى .

ويجمع كل المهتمين بتقديم برامج تنظيم الأسرة على أن نجاحها يستند إلى دعمات عدة : أولاها تكوين جهاز تنفيذى دقيق ، وتنسيق كل الوحدات القائمة بالعمل وربطها في جهاز واحد دقيق يقوم على اختيار وتجنيد وتدريب عدد كاف من العاملين على مستوى لائق كآ وكيفاً وتخصصاً يستطيع توصيل إمدادات من موانع الحمل إلى أما كن احتياجا ، وأن يبلغ النصائح المتعلقة بموضوع تنظيم الأسرة إلى كل من يجب أن يستمع إليها . ثم يقدم المعلومات الكافية عن نظام سير العمل بالبرنامج حتى يمكن تقويمه وتقدير مدى نجاحه في تحقيق أهدافه .

وحتى يسير هذا كله هل النحر المطلوب يجب أن يمنح الجهاز الإدارى المركزى للشروع أى إعاقة في العمل قد يسببها موقف اقتصادى أو سياسى ، ويجب أن تكون الخطوة التى يسير بمقتضاها العمل مرة تسمح بأى تغييرات فى توائم أى انخفاض مؤقت فى مدى تقبل الجمهور لها .

ومن المؤكد أن أصعب الجهود وأكثرها مساعدة على إعطاء أفضل النتائج — إذا أدت بنجاح — هي إبداء النصائح التي تؤدي إلى تحسن في مستوى العمل بوجه عام . وبالعالم كله من الأفراد الذين يملكون الشخصية والدرية والخبرة التي تمكنهم من إسداء مثل هذه النصائح على وجه أكل . فالمرء يوث مثل هذا الخبر الأجنبي الحنكة الكافية ليدرك أنه قد أتى البلد المضيف كي يتعلم بقدر ما يعلم ، فقد يحدث أن تنتظر إليه القاعات المحلية كتهديد وتهد لها أكثر من نظرتها إليه كساعد . فهمة خبير تنظيم الأسرة ما زالت في طفولتها ولا يكفي أن يكون المرء خبيراً في الإسكان والصحة العامة كي ينجح في مجال تنظيم الأسرة . وعلى هذا ، فبالعالم كله — ثمين — من الخبراء الذين يستطيعون تطبيق برنامج تنظيم الأسرة على مستوى بلد كامل ، بقدر كبير من النجاح ، ولكن الموقف يكون أسهل كثيراً إذا طلب منهم إسداء النصائح في بعض النقاط الفنية لبرنامج تنظيم الأسرة ، خاصة إذا كانت هذه المعلومات نادرة في البلد المضيف ، كما يحدث مع علماء الإحصاء الذين تستعين بهم الدول لعمليات التقييم ، ويرجع هذا إلى أهمية هذه العمليات ، فإن طريقة جمع وتحليل النتائج التي تظهر التغيرات الضمنية في نسبة المواليد أثر تطبيق برنامج تنظيم الأسرة ، بشكل محدداً هاماً بالنسبة للبلاد المتقدمة والنامية .

ولعل أثر المؤسسات العالمية لتنظيم الأسرة كان واضحاً جداً في مجالين من مجالات العمل ، هما تدريب الأفراد ، والدعم المالي . فـ تدريب أفراد متخصصين في تنظيم الأسرة ببلد ينقصه الرجل المدرب عموماً ، يعتبر عملاً كبيراً وهاماً . وفنلاً عن ذلك فإن الخبر الضيف يستطيع تقديم معلومات جديدة تجعل البرنامج أكثر أثراً وفعلاً . ومن أمثلة المساعدات الفنية ما قدمته مؤسسة فورد من خبراء لثايلاند حيث يعملون مع زملاء من مواطني هذه البلاد لتدريب العاملين ببرنامج تنظيم الأسرة . ومن أبرز ما يقوم به هؤلاء الخبراء ذلك النشاط الدئالي للشروع بين أهالي البلاد ، واثنين في حساباتهم

الاختلافات في صيغة التنفيذ التي يحددها اختلاف الموقف ، والاحتياجات بين هذه البلاد والبلاد الغربية .

بناء المعاهد :

ولكن العمل الذي أثبتت الأيام أهميته للوحدات العالمية هو مشاركتها ومساعدتها للأمم النامية في بناء المعاهد المحلية التي سوف تسلم العمل من الخبراء الأجانب ، وتستمر فيه بعد عودتهم لبلادهم ، وبعد أن تنتهي الاعتمادات المالية للوحدات ، تسهم مثل هذه المعاهد في تدريب خبراء وطنيين في برامج تنظيم الأسرة .

ويستعاض عن هذه المعاهد في حالة عدم وجودها بمنح تدريبية بأمريكا وغيرها من الدول المتقدمة لأفراد تسند إليهم بعد عودتهم متاعب إدارية وتعليمية قيادية . ولمثل هذه المؤسسات أن تفخر بأن كل شخصية رئيسية في أي مركز يعد للتدريب على تنظيم الأسرة والإسكان ، قد تلقى منحة تدريبية في إحدى البلاد المتقدمة من إحدى هذه المؤسسات .

على أنه كلما زاد عدد المعاهد المحلية تضاعف الدور الذي تلعبه الخبرة الأجنبية حتى تنحصر في تدريب حفنة صغيرة من الخبراء المحليين الذين يحتاجون إلى درجة عالية من الخبرة والتخصص تقدمها لهم مراكز تدريبية متخصصة بالخارج .

الخلاصة

حاولت في هذه المناقشة أن أوضح دور المؤسسات في الجهد العالمي المحد من لسيبة تزايد المواليد ، وأن أبين ما قدمته المؤسسات حتى تفي بدورها هذا .

ولكن كبرى المؤسسات العالمية فورد وروكفلر ومجلس السكان لا تستطيع أن تفخر بأنها قد قامت بدور طليعي في إرساء قواعد برامج تنظيم

الأسرة بالرغم من المارحة الشديدة له ؛ فقد كان هذا دور المجموعات المحلية المتطورة في برامج تنظيم الأسرة . وبالرغم من أن المؤسسات العالمية قد قدمت في هذا الحقل إسهاما ماديا وبشريا أكبر مما قدمته بقية المؤسسات ، عامة كانت أو خاصة ، فن المنتظر أن تتدفق عليها البرامج التي توليها الحكومات المحلية ، ودعنا نأمل في مساهمة أكبر لا تتأخر كثيراً عن الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة .

ولكن كل هذا لن يجعل من إسهام المؤسسات العالمية عملاً ثائوريا محضاً ، فسوف تكون لها دائماً ميزة عدم انتابها السياسي ، وحصانتها من كل تفهيرات سياسية ، في بلادها ، وفي البلاد المضيفة ، كما تمتاز بقدرتها على تخصيص جهد مادي وبشري لمدد طويلة فيه (لا ينتظر الحخير تطوراً يذكر في مدة قصيرة كعشر سنوات) . ويساعد احتكاك هذه المؤسسات الدائم وقربها من المجتمع الأكاديمي — في الداخل والخارج — على حفز الهمم نحو مزيد من البحث الذي لا يعرف الكلل لا اكتشاف وسائل تؤدي إلى خفض دائم ومستمر في نسبة المواليد ، وعلى تقويم هذه النتائج تقويماً موضوعياً ومستمرأ .

الاتحاد العالمي لتنظيم الأسرة : مؤسسة عالمية رائدة سكوتيلاند ريفر

التي. هذا الاتحاد عام ١٩٥٢ بمقتضى قرار أصدره المؤتمر العالمي الثالث لتنظيم الأسرة الذي عقد في بومباي ، وهو اتحاد يتكون من أكثر من خمسين جمعية وطنية مستقلة وأهلية لتنظيم الأسرة ، ويعمل على مستوى قطري يجمع بينها جميعا اعتقاد جازم بوجوب إرشاد الآباء والأمهات إلى كل ما يتعلق بوسائل تنظيم أسرهم . ويؤمن الاتحاد بأن له دوراً أشمل بكثير من المستوى الأسري الفردي . هذا الدور هو محاولة توازن بين تعداد العالم وموارده الطبيعية ، وهو التوازن الذي يؤدي تحقيقه إلى سلام ورخاء وسعادة الجنس البشري . ولن يتم هذا التوازن الحيوي إلا إذا قام نظام دقيق لتنظيم الأسرة ، بالإضافة إلى وسائل أخرى صعبة ومعقدة .

ويقوم الاتحاد بجهود كبيرة حتى يحقق هدفه هذا ، فهو يساعد على تكوين جمعيات تنظيم الأسرة في مختلف أنظار العالم ، ويشجع تدريب الأطباء والمتخصصين في النواحي العملية من البرنامج ، ويشترك في المؤتمرات والندوات العالمية والإقليمية والقطرية التي تناقش برامج تنظيم الأسرة .

ويساعد الاتحاد — في حدود إمكانياته المادية — على تنشيط البحث العلمي في مجالات البيولوجيا ، وجغرافيا السكان ، وعلم الاجتماع ، والاقتصاد ، ودراسة الجذور النفسية والذاتية لتكاثر الإنسان ، ووسائل منع الحمل ، وتعلم مبادئ الجنس ، ونصائح ما قبل الزواج .

وعموماً فإن أهداف المجلس هي حث الأفراد على تبني نهج من الحياة يكون تنظيم الأسرة دعامة أساسية فيه ، والتشجيع على تكوين جماعات شعبية لتنظيم النسل مهما في نشر الوعي التنظيمي عند أفراد الشعب ، مما يؤدي في النهاية إلى إلزام الحكومات المعنية بأن تلعب دورها كاملاً في هذا الحقل .

وإطلاقاً من اهتمام الاتحاد الأسامي بحقوق وحاجات الفرد والأسرة ، فهو يؤمن بأن برنامج تنظيم الأسرة يجب أن يكون جزءاً أساسياً من أي تخطيط سليم لأي برنامج وطني لخدمات الأم والطفل والصحة ، وحين تكون الخدمات الصحية من مسئولية الحكومة والسلطات المحلية ، فعليها — منطقياً — إمداد احتياجات برامج تنظيم الأسرة .

ويربط الاتحاد بين الخدمات الصحية وبين تنظيم الأسرة . فهو يرى أن خفضاً مناسباً في نسبة وفيات الأطفال يخلق مناخاً نفسياً يكون أسهل تقبلاً لفكرة تحديد النسل . وبما يؤسف له أن ضعف مستوى الخدمات العلاجية في البلاد النامية عموماً ، وبالذات خارج المدن الكبيرة ، هو الذي يؤثر تأثيراً سيئاً في برنامج تنظيم الأسرة .

ويتبع الاتحاد العالمي لتنظيم الأسرة وسائل تهدف إلى تحقيق هدفه الشامل ، وهي :

- ١ — تشجيع تكوين اتحادات محلية لتنظيم الأسرة في جميع أنحاء العالم .
- ٢ — إيجاد تنظيم عالمي يبرر عن أهداف أو لشاطات هذه الاتحادات المحلية ، والمساهمة مع الأمم المتحدة والمنظمات العالمية والإقليمية والحكومية الأخرى .
- ٣ — الاستمارة بمراكز الاتحاد وفروعه الإقليمية لتزويد المنظمات المحلية بالمعونة العلمية والفنية والتدريبية والمادية إلى أن تقف هذه الجمعيات على قدميها — على الأقل — من الناحية الاقتصادية .

٤ — إنشاء مراكز إقليمية حتى تساعد على تكوين جمعيات في الأقطار المتاخمة .

٥ — التأكيد على أهمية التمثيل العالمي والإقليمي للاتحاد .

٦ — السعى — إما مباشرة وإما عن طريق الجمعيات المحلية التي تتعاضد تحت لواء الاتحاد — على حث الحكومات وقادة الدول على تبني مشروعات تنظيم الأسرة .

قيام الاتحاد — بواسطة علمائه من الأطباء والأكاديميين على توفير معاونة فاعلة من الأطباء خاصة ، والمتقنين عامة .

٨ — شغل الاهتمام العالمي ببرامج تنظيم الأسرة عن طريق الصحف ، والاجتماعات الدولية والإقليمية والمنافسات الخاصة، ووسائل الدعاية البصرية، كالسينما ، والتلفزيون ، ونشر الكتب ، والمجلات الدورية على المستويين العالمي والمحلي .

٩ — تشجيع التجارب العملية على الوسائل الجديدة لتحديد الفصل والتأكيد على أهمية البحث والتطوير .

١٠ — تقبل المساعدات المالية للاتحاد ولتفروعه ، على ألا يؤثر هذا في استقلاله ونظام تسييره الذاتي .

وعلى هذا يمكن الخروج بأن للاتحاد ثلاثة أهداف رئيسية هي :

١ — الوصول إلى تقبل عالمي كامل لمبادئ تنظيم الأسرة .

ب — إنشاء جمعيات رائدة لتنظيم الأسرة حتى تفي بحاجة أساسية، وحتى تخلق وعياً وتقبلاً شعبياً .

ج — إقناع الحكومات في النهاية بتقبل وتحمل مسؤولية برنامج لتنظيم الأسرة يكون جزءاً لا يتجزأ من خدمات الدولة الصحية .

وقد نون لهذا الجانب الجهرى التطوعى من برامج تنظيم الأسرة أثر أقوى في تطبيقه الشامل ، على مستوى رسمى فيما بين عشرين إلى ثلاثين دولة تأثرت حكوماتها بالجهود الذاتية بلجاعات تنظيم الأسرة المحلية . وفى الحالات النادرة جداً التى لم تسهم فيها البلجاعات المحلية بدور فعال لم ييخل الاتحاد العالمى بالنصيحة حين طلبت منه .

وقد صاحب الزيادة الملحوظة فى عدد حكومات الدول النامية التى تحتضن مشروعاتها لتنظيم الأسرة ، زيادة مماثلة قوبلت بالترحاب ، فى المساعدات الفنية التى تقدمها الدول المتقدمة والأمم المتحدة . ولكن هذه المهاركة لا تنفى بالضرورة نجاحاً أكبر لبرنامج تنظيم النسل ، وخصوصاً فى بعض بلاد أمريكا اللاتينية والقارة الأفريقية جنوب الصحراء الكبرى ، حيث لم يساعد على الشعب على تبني الحكومات مثل هذه البرامج بصورة حثيثة ورسمية . وهنا يأتى دور الاتحاد العالمى لتنظيم الأسرة . فهو مؤسسة مالية مستقلة ، نظام إدارتها ديمقراطى لا تتطوى على أى أغراض سياسية ، ودورها هنا هو دعم مثل هذه البلاد بالخبراء والمعونة الفنية والمادية حتى يخلق الظروف المواتية لإسهام الحكومات المحلية . وهو بذلك يقوم بدور هام قد لا تستطيع مؤسسة أخرى القيام به بهذا القدر من الكفاية .

ويدير شئون هذا الاتحاد مجلس إدارة مكون من ٥٧ عضواً منتخباً من منظماته الإقليمية الخمس ، بالإضافة إلى مالا يزيد على عشرة أعضاء مساعدين عند اللزوم .

ويشرف على التنفيذ مجلس تخطيطى تنفيذى ، يختار وفقاً للتوزيع الإقليمى ، ويوكل إليه تنفيذ القرارات التى تتخذ فى الجلسات العامة . وتتبع مجلس الإدارة لجنتان :

أولهما اللجنة العلمية ، وهي تزود المجلس بمشورتها فى النواحي العلمية ،

فضلا عن مسئوليتها في بحوث موانع الحمل ، وتنظيم الأقسام الطبية بالمؤتمرات الدولية .

وثانية هذه اللجان هي لجنة العلوم الأساسية ، وتقدم لمجلس الإدارة أخبار أحدث البحوث في التناسل ، كما تنظم الجلسات العلمية بالمؤتمرات الدولية .

ولتسهيل سير العمل انقسم الاتحاد العالمي لتنظيم الأسرة إلى خمس مجموعات إقليمية في أوروبا ، والشرق الأدنى (بخاصة حول شمال أفريقية) ، ومركزه الإداري في لندن ، وفي إقليم المحيط الهندي تقابل الدول استضافة مركزه الإداري ، وهو حالياً في باكستان ، ومكتب جنوب شرق آسيا ومركزه سنغافورة ، ومكتب نصف الكرة الغربي ومركزه نيويورك . أما المكتب الإقليمي الذي يدير منطقة غرب المحيط الهادي فمركزه طوكيو .

وتتبع أفريقية ، جنوب الصحراء الكبرى إدواريا ، مركز لندن بصفة مؤقتة مع وجود مكتب إقليمي لشرق ووسط أفريقية بنينوفى .

وقدار المراكز الإقليمية بمجلس يتكون أعضاؤه من جمعيات تنظيم الأسرة المحلية ، ويختب هذا المجلس ممثلون في مجلس الإدارة الرئيسى ولجانه . ومن أهم اختصاصات المراكز الإقليمية : تنظيم المؤتمرات الإقليمية والخدمات العامة ، وتشجيع تكوين جمعيات جديدة لتنظيم الأسرة . كما تقدم معلوماتها لمجلس الإدارة العالمى فيما يختص بكية المساعدة المالية المطلوبة ، ومدى كفاية توزيع موانع الحمل ، والنشرات الدورية ، وتساعدوا في ذلك لجان طبية من المزمع الإكثار منها ومن غيرها من اللجان المختصة .

وبالإضافة إلى مساعدة هذه المراكز الإقليمية لجمعيات تنظيم الأسرة المحلية ، تقوم بدور التناصح والمرشد للعامة الهامة والمستشفيات ، بل والأطباء بالأماكن النائية ، الذين يعتبرون مثل هذه المراكز ملجأهم الوحيد في شئون تنظيم الأسرة .

وقد تركزت غالبية جهود الاتحاد العالمي لتنظيم الأسرة — حتى هـد قريب — في آسيا حيث يقيم ٨٠ ٪ من سكانها في بلاد اتخذت حكوماتها موقفا إيجابيا من برامج تنظيم الأسرة . وقد حفز الحكومات على الوقوف مثل هذا الموقف لإسماها بشغل وطأة زيادة السكان على موارد البلاد ، بالإضافة إلى سلوك هذه البلاد طريقا أكثر صصرية وتعدما .

وقد بذلت جهود كبيرة ومشجعة لإنشاء جماعات جديدة لتنظيم الأسرة في أمريكا اللاتينية — بالرغم من العقبات الدينية ، وفي أفريقية ، جنوب الصحراء الكبرى بمعظم أجزائها ، ولا تصادف الجهود مقاومة تذكر ، إذ كانت خيرية مبنية على التطوع ، ولكن موقف المزارر الحكومية في هذه البلاد لم يتعد مرحلة السماح إلى مرحلة الاشتراك الفعلي .

على أن هناك عقبات أخرى تحول دون تنفيذ مثالي لبرامج تنظيم الأسرة ، ففي كينيا مثلا وافقت الحكومة بقرحاب على برنامج تنظيم الأسرة بها ، ولكن التنفيذ اصطدم بمقبة كبيرة ، هي نقص الأطباء في الأرياف . وسيشكل هذا النقص صعوبة في التنفيذ ، ما دامت وسائل تحديد النسل الحالية تحتاج إلى شيء من الرقابة العلمية .

ومن العقبات الأخرى التي يصادفها برنامج تنظيم الأسرة في أفريقية ، صعوبة إقناع الأسرة الصغيرة بمحدوى تحديد النسل ، إما بسبب ارتفاع نسبة وفيات الأطفال ، وإما لفائدة الاقتصادية التي يجنيها الأب من كثرة أطفاله ، حين يساعدهونه في أعمال الحقل ، وحين تسهم كثرة عدد الأسرة في إعطاء الأمان الاجتماعي لها . ويساعد على هذا أيضا فقر وجمل ، بل وفي بعض الأماكن ، تعدد الزوجات ، وإن كان هذا التعدد — بالرغم من كل هيوبه — يريح الزوجة من حمل آخر في أثناء إرضاع وفطام المولود الجديد .

وبالرغم من كل هذه العقبات ، فمن الملاحظ أنه كلما سار المجتمع شوطا

نحو التقدم ، كالحال في كينيا ، زاد وعى الأمهات — وبالذات في الأرياف — تجاه تحديد النسل ، يساعد على ذلك كله الاهتمام بترسيخ أساس ملكية الأرض والتحول إلى الاستقرار بالأرض المزروعة مما يؤدي إلى التأكيد على أهمية تنظيم الأسرة على نحو يتكافأ مع اقتصاديات الأرض واحتمالات التحول إلى وسائل أخرى — غير الزراعة — في كسب الرزق . بالإضافة إلى هذا يجب ألا ننفل الواقع القبل الذي يعمل في هذه البلاد خفية ، كما يعمل في كثير غيرها .

بالرغم من كل هذه الصعوبات في التطبيق ، إلا أن المعارضة الدينية لبرامج تنظيم الأسرة بأفريقية بسيطة ، بل لقد ظهر وعى متزايد في بعض البلاد بأن الولادات المتكررة السريعة قد تؤدي إلى أمراض غذائية خطيرة مثل الكواشيوركور^(١) .

وبالرغم من أن كثافة السكان لم تصبح بعد مشكلة خطيرة ، ما عدا في بعض البلاد ، إلا أن لسبة زيادة السكان الحالية بأفريقية ، وهي حوالي ٣ / ١ سنويا ، تخلق عدم توازن في تكوين أعداد السكان ، وتزيد من العبء الملحق على اقتصاد البلاد الذي ينمو بدرجة لا تكفي لرفع مستوى المعيشة .

وعلى الرغم من أن الجهود الحثيرة التطوعية لا تكفي للوفاء بحاجة القارة الأفريقية ، إلا أن سياسة الاتحاد العالمي لتنظيم الأبوة تهم بتشجيع وتنفيذ نشاط المجموعات والمراكز ، بل والأفراد المحليين القائمين على عملية تنظيم الأسرة ، حيث يقدمون إسهامات محدودة حين تشتد الحاجة إليها ، وحيث

(١) مرض سببه نقص بالبروتين ، يكون الطفل فيه متورما ذا شعر هش يميل إلى الاصفراد ، وكبد متضخمة كسول . وقرحات بالجلد ، مع ضعف في مقاومة الأمراض قد يؤدي إلى وفاته ما لم يعالج بسرعة .

(المترجم)

يساعدون على خلق الوعي الجماهيري اللازم لبدء عملية التحول ، ولو أسهمت في تنفيذ هذه البرامج جهود الأمم المتحدة بإسداء النصائح المهادنة للحكومات الأفريقية ، فإيا يتعلق بالنتائج السكانية والاقتصادية لمشروعات الإسكان ، وتنظيم الأسرة ، فسوف يكون هناك أمل له ما يبرره في تبني مزيد من الحكومات الأفريقية لسياسات مستنيرة في مجال تنظيم الأسرة .

وللاتحاد العالمي الآن فروع في كينيا ، وأوغندا ، وتانزانيا ، وروديسيا ، وجنوب أفريقية ، ونيجيريا ، وغانا ، وسيراليون ، كما تسهم جمعيات أخرى في إثيوبيا وزامبيا وليبيريا وبنسوانا وليسوتو .

وقد شهدت أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي — التي كانت إلى عهد قريب موصدة الأبواب تجاه حركة تنظيم الأسرة — تقدما أكبر من أي منطقة أخرى ولم تكن النسبة المائلة في نمو عدد السكان ولا كثافتهم (وهي تختلف بين مكان وآخر ، وإن لم تشكل عبئا إلا في المدن الكبيرة المزدحمة) ، هي التي أسهمت في تقدم البرامج بقدر ما أسهم في ذلك اقتناع عام بوجوب تشجيع تحديد النسل كبديل لنسبة الإجهاض غير القانوني المنتشر في أغلب بلاد هذه المنطقة .

وبالرغم من أن الموقف الرسمي للكنيسة الرومانية الكاثوليكية مازال يمنع الحكومات المستقلة من تبني أي مشروع رسمي لتنظيم الأسرة ، إلا أن هناك إحساسا عاما بوجوب تشجيع جهود الجمعيات الخيرية التي تقدم للأفراد وسائل تحديد النسل حين تتطلب هذا حالتهم الصحية ، وقد أمكن الاستعانة بكثير من أساتذة الجامعات والأطباء للإسهام في هذه المجهودات في أغلب هذه البلاد . وقد بدأ التحول في المناخ واضحا جدا حين عقد الاتحاد لتنظيم الأسرة المؤتمر العالمي الثامن في مدينة سنغافور في أبريل ١٩٦٧ بدعوة من حكومة سيل ، وحضر المؤتمر ممثلو عشرين دولة من أمريكا اللاتينية ؛ منهم اثنا عشر ممثلا بصفة رسمية من بين ممثلين سبع وثمانين دولة حضروا هذا

المؤتمر من شتى أنحاء العالم . وقد تكونت جمعيات محلية لتنظيم الأسرة في أغلب بلاد أمريكا اللاتينية . وتدل الشواهد على أن حركة تنظيم الأسرة سوف تتوسع بسرعة جدا في هذه المنطقة ، بما يدعو إلى توسع مواز في توفير الخدمات التدريبية ليستجيب للطلبات المتزايدة في تطبيق برامج التنظيم ، وخصوصا أن قيام المؤسسات المحلية المتطوعة بتحمل مسؤوليات تطبيق هذه البرامج ، مع عدم وجود موافقة رسمية حكومية يخلق صعابا تنظيمية ومالية في طريق التطبيق .

ولكن الموقف يتحسن باستمرار ، ففي منطقة البحر الكاريبي تحملت ترينداد مسؤولية تطبيق برنامج لتنظيم الأسرة ، وطلب مثل حكومات باربادوس وجامايكا التعاون مع الجماعات المحلية لتطوير برامجها .

وإذا تحولنا قليلا إلى المناطق التي طبقت فيها برامج تنظيم الأسرة منذ فترة أطول مثل كوريا الجنوبية وفورموزا وهونج كونج وسنغافورة لوجدنا إجماعا من دوائر البحث السكانية ، على أن لبرامج تنظيم الأسرة في هذه الأنظار أثرأ واضحا في تخفيض نسبة تزايد السكان . وقد لعبت الجمعيات الخيرية التطوعية دورا كبيرا في هذا المجال ، حتى إنها تحملت في هونج كونج — وبمساعدة مالية كبيرة من الحكومة — كل مسؤولية في تنفيذ البرامج .

ويزداد حجم المشاركة الحكومية في هذه البرامج : بالهند ، والباكستان ، وماليزيا ، وسيلان ، تدريجا حتى أصبح على المنظمات المحلية أن تبحث عن الوسيلة المثل للمشاركة في هذا النشاط القومي . وعلينا أن ننتظر بعض الوقت حتى نتمكن من رؤية نتيجة هذه المحاولة . فكل بلد مشكلاته وظروفه الخاصة التي على أساسها توجه الجمعيات الخيرية جهودها للمشاركة في العمل الرسمي .

أما في أوروبا فإن الاهتمام يتركز حاليا في محاولة تعديل بعض القوانين التي تحد من استعمال وسائل منع الحمل وتحرم الإجهاض بما يسهم في الاستفادة من جهود تنظيم الأسرة . ففي إنجلترا مثلا أصبح استخدام وسائل منع الحمل مسموحا به في مكاتب الصحة ، كما صارت قوانين الإجهاض أكثر تحمرا .

أ وفي الشرق الأدنى قامت الحكومات بتبني برنامج لتنظيم الأسرة تسهم فيه الجمعيات الخيرية المحلية بدور فعال . ولكن الأحداث الحالية في مصر والأردن قد أضرت بتقديم الجمود في هذه البلاد .

أما حكومات شمال أفريقية فهي تشجع برامج تنظيم الأسرة ، حتى إن الاتحاد العالمي استطاع أن يقدم المونة لتونس والمغرب . ولستطيع الحكم على درجة التوسع في نشاط الاتحاد العالمي لتنظيم الأسرة إذا علمنا أن ميزانيته كانت لا تزيد على ٥٦٥٠٠٠ دولار عام ١٩٦٤ ، فأصبحت بين ٧٠٦ و ١٩٦٨ .

وقد أسهم في زيادة دخل الاتحاد التبرعات التي يتلقاها من الأفراد بالولايات المتحدة التي كانت وما زالت هي وإنجلترا المصدرين الرئيسيين لدمها الاقتصادي . ومن أم المساهمين فيها مبرة الجنرال وليام دراير التي قدمت للاتحاد ٣٠٠٠ و ٢٠٠٠ دولار ، مساهمة منها في نشاطه للأعوام ١٩٦٦ و ١٩٦٨ . ثم توالى الاكتتابات الحكومية أسوة بما فعلته حكومة السويد ، فقد رصدت حكومات بريطانيا وأمريكا والدنمارك مبالغ مالية في ميزانية الاتحاد .

ولكن ما يقدمه الاتحاد العالمي للجمعيات — على الرغم من كثرته — لا يبدو أن يكون جزءاً بسيطاً ، مما تتلقاه هذه الجمعيات من حكوماتها ، ومن الهيئات الخاصة ، وبما تجنيه من فرق أرباح بعد بيع موانع الحمل التي تبرعت بها المصانع للجمعيات مقابل أجر رمزي .

ويؤمن الاتحاد العالمي لتنظيم الأسرة بأنه بسبب الظروف التي تمر بكثير من البلاد النامية في أفريقية وأمريكا اللاتينية ، وكذلك إندونيسيا ، فإن عليه أن يقدم للجمعيات المحلية معونة أكبر مما قدم البلاد المتقدمة ، فكونه مؤسسة عالمية غير منتسبة لاتجاه سياسي معين يتيح له حرية عمل أكبر من المؤسسات الأخرى ذات الانتماء السياسي . ولنا أن نأمل أن تستمر هذه المعاونة باستمرار ، بل وزيادة العون الفعلي والفردى له .

وبالرغم من التقدم الواضح في برامج تنظيم الأسرة فإن علينا أن نؤكد أنه لم تصل درجة تمسك الأفراد بهذه البرامج — مما تمكن قوة الدعم الحكومي — إلى هذه الدرجة من الشدة التي نراها في البلاد المتقدمة .

وسيكون ضرباً من عدم الواقعية أن ننتظر تقدماً سريعاً في هذه البرامج بالبلاد النامية — عدا بعض آسيا وأمريكا اللاتينية — في ظل ظروفها الاقتصادية والاجتماعية ، وكل ما نأمل هو أن يكون لإنشاء جمعيات رائدة لتنظيم الأسرة في هذه البلاد أثر تدريجي ملموس في تقبل قادتها الوطنيين لفكرة الحاجة إلى عمل حكومي وشعبى لتنفيذها .

وأن يشعر الآباء والأمهات في العالم بالحاجة الحقيقية إلى تحديد حجم أسرهم شيء ، أما أن يطبقوه بنفس القدر الذي يطلبه عالم اقتصادي بحسب حساباته بالمسطرة الحاسبة — فذلك شيء آخر تماماً .

السويد : مساعدة من بلد متقدم صغير كارل وارنر

بلغ ما تقدمه السويد لجهود التنمية بالبلاد النامية حوالى ٨٠ مليون دولار فى السنة المالية ١٩٦٧ - ١٩٦٨ ، وهو يساوى ٣ ر. فى المائة من دخلها القومى . وهو على حد ذاته يبلغ أضعاف ما كانت تقدمه منذ ست سنوات . واستجابة لقرارات الأمم المتحدة فإن المبالغ المرسودة لبرامج مساعدات التنمية السويدى متصل إلى ١ فى المائة من الدخل القومى فى منتصف السبعينيات وقد لقي برنامج ال ١ فى المائة - كما يسمى - معارضة ولكنها كانت فى الأغلب بمن يقولون بعدم كفاية هذه النسبة ويطالبون بزيادتها . وقد صار برنامج المساعدات السويدية المتزايدة يحظى بكل تأييد من رأى العام الراعى .

المبادئ الهادية

تدم السويد بقوة الأمم المتحدة ، وكل برامج المساعدات المتعددة لأطراف التى تديرها الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة وقد رصدت السويد ٥٠ فى المائة من اعتمادات المساعدة بها لهذه البرامج . وهى نسبة كبيرة بالمقارنة إلى الدول الأخرى التى لاتسهم فى هذا النوع من المساعدات إلا بما لا يزيد على ١٠ فى المائة من ميزانية مساعدتها . وهو موقف يؤكد رغبة حكومة السويد فى التعاون العالمى الخالص ، الذى لا تشوبه أطماع سياسية ، بحيث يكون الدولة التى تتلقى المعونة رأى فيما يقدم إليها ، يضاف إلى هذا ما تراه الحكومة السويدية من أن تقوية الأسرة الدولية بالأمم المتحدة يمكن أن

يكون هدفا في حد ذاته . وهي في اشتراكها في معروعات التنمية المتعددة الأطراف تسهم في إضفاء طابع العالمية وفعل الخير المتجرد على برامج التنمية بالعالم . ولعل أبلغ تمييز عن فلسفة السويد في مساعداتها هو ما نقرؤه ، فيها يسمى بإيجمال المساعدات السويدية حيث ينص أحد بنوده على :

« نهدف السويد من الصعب وغير المستساغ ربط المساعدات ،

« بأي هدف اجتماعي أو سياسي ، ويجب علينا ألا ،

« نفترض أن مبادئنا الاجتماعية والسياسية ستكون مطلوبة ،

« ومحلية في كل بلاد العالم . ولا ينبغي أن يمنعنا هذا ،

« من توجيه برامج مساعداتنا على النحو الذي يسهم في نمو ،

« الديمقراطية السياسية والمساواة الاجتماعية . »

وهن دواعي تقديم مساعدات التنمية تقول الوثيقة :

« حفزنا على ذلك ، إحساس بالواجب الأدبي وبالتضامن ،

« بين دول العالم . فلم تعد مبادئ كرامة الإنسان ،

« والمساواة الاجتماعية — التي ظهرت مع نمو دول أوروبا ،

« الغربية في القرن الماضي — تقف عند حدود الأوطان ،

« أو الأجناس ، ولا الحرية أو الحرب والسلام ، بل تقول الوثيقة ،

« لم تعد هذه المبادئ مجرد مبادئ وطنية ، بل أصبحت ،

« ذات قيمة عالمية متزايدة ، وبذا كانت الحوافز وراء المساعدات ،

« العالمية مثالية وواقعية في آن واحد . »

ولعلنا أن تقف خلف برامج المساعدات الخارجية والسويدية نفس

الفلسفة التي تقوم على هديها سياسة الخدمات بداخل السويد . وهي فلسفة تهدف إلى عدالة اجتماعية من خلال تسويات بناءة كطريق إلى التقدم ، وتدهور هذه الفلسفة أيضا إلى زيادة معونة من يملكون لمن لا يملكون .

أهمية تنظيم الأسرة :

وإذا كان نصف معونة السويد لبرامج التنمية العالمية يقدم من خلال الوكالات العالمية فإن النصف الآخر تشرف عليه منظمات ثنائية تديرها المؤسسة السويدية للاتحاد العالمي للتنمية الدولية . وحتى يمكن بذل جهد مركز بالنظر إلى الإمكانيات المحدودة للسويد ، وبالذات في الخبراء الفنيين ، فقد اقتضت برامج المعونات الفنية الثنائية على بلاد قليلة هي إثيوبيا ، وكينيا ، وتانزانيا ، وتونس ، وبأفريقية ، والهند ، وباكستان في آسيا .

وقد بذل الكثير من الجهد والتفكير لاختيار وسائل وأماكن المساعدات الفنية والاقتصادية . ويقوم جهد السويد المتواضع في العمل على توفير كل الإمكانيات المطلوبة للبلاد النامية ، فهي تؤمن بالحاجة إلى زيادة الإنتاج الزراعي للنفدان ، وتعمل من ناحيتها على ذلك — إلى جانب اهتمامها بتوفير التعليم والتصنيع وتمكين الإسكان والمستوى الصحي بتلك البلاد . ولنستمع إلى إرست ميشاينيك مدير المؤسسة السويدية للاتحاد العالمي وهو يتكلم عن أهداف مؤسسته فيقول :

إننا نعمل على زيادة الإنتاج الغذائي ، ولكننا نعلم أن البليون القادم من المواليد سوف يزيد البشرية جوعاً . إننا نعمل من أجل زيادة التعليم ، ولكن زيادة المواليد التي تفوق الزيادة في إمكانيات التعلم والتدريب سوف ترفع من نسبة الأمية . إننا نعمل من أجل زيادة التصنيع في البلاد النامية ، ولكن الفيض الهائل من أنهموا مرحلة تعليم واتجهوا إلى المصانع سوف يزيد من نسبة البطالة . وإننا نقدم المال للمساهمة في مشروعات الإسكان والمجاري ، ولكن الزيادة في عدد السكان سوف يزيد في الأحياء الفقيرة من الفقر والازدحام ، بل ومن الانحراف ، ويكون هذا على الأكثر في البلاد النامية .

سوف تحدث كل هذه المضاعفات ما لم تقف الحكومات موقفا حاسما إزاء مشكلات السكان .

ولذا أبدت السويد اهتماما متزايدا بالحقل السكاني ، فقد كان من الواضح — إلى عهد قريب — أن المؤسسات الدولية قد وجهت جل اهتمامها إلى زاوية واحدة من الثنائي الخالد والحاجة والمعونة ، فوجهت اهتمامها إلى المعونة فزادت من تقديمها . ولكن الحاجة تتزايد بسرعة أكبر من المعونة حتى أصبحت المجهودات الدولية تخوض معركة خاسرة . ولنا أن نأمل الآن على الأقل في إبقاء الحال على ما هي عليه « غالبية فقيرة ، وأقلية غنية تزداد غنى » .

التجربة المحلية :

لم تكن السويد بحاجة للذهاب بعيداً لكي نجد الدليل الواضح على أهمية الموازنة بين التزايد السكاني والدخل الاقتصادي .

ولقد اجتاحت السويد مشكلة حقيقية سببها تزايد السكان في أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين .

فقد كان الناس يموتون جوعاً في سنوات القحط ، ومع ذلك لم تكن البلاد مزدهرة بالسكان ، وكان لها مستوى رفيع من التعليم ، وتنعم بموارد طبيعية وفيرة . ولذا هاجر أكثر من مليون سويدي إلى الولايات المتحدة لأسباب اقتصادية .

ولأن لهذا الرقم مفرى واضحاً ، إذا وضعنا في الاعتبار أن عدد السكان كان خمسة ملايين قرب نهاية القرن الماضي .

واليوم يستطيع الاقتصاد السويدي استعمال قوى بشرية أكثر من التي تقدم له عن طريق الإنتاج المحلي ، فلقد أصبحت السويد قلة المهاجرين ، على أن الزمن قد علمنا ضرورة وجود تزايد متوازن في عدد السكان ، فإن لهذا التوازن أهمية مفساوية بالنسبة للفرد والأسرة والدولة .

ولهذا فقد اعتبر شعب السويد أن من حق كل أسرة في العالم أن تحفظ
حجم أفرادها .

وما تجدر الإشارة إليه أن أساس هذا الاتجاه السويدي هو العمل على
نجاح فكرة تنظيم الأسرة أكثر منها محاولة لتقليل عدد المواليد .

ويتضمن برنامج تنظيم الأسرة مساعدة التحكم الاختياري في عدد المواليد.
هذا إلى جانب تقديم النصح والملاج الذين يعانون من عقم كلي أو جزئي .
ولكن تحديد النسل أصبح اليوم هو الذي يثير اهتمام الغالبية العظمى من البشر .
ولذا تهدف السويد إلى مد برامج تنظيم النسل بما تحتاج إليه من معلومات
وأدوات ، لكي تجعل من المستطاع للأهالي الذين يريدون تنظيم عدد أسرهم
أن يفعلوا ذلك .

وفي العالم الغربي ، وبين الجماعات المتقدمة ، أخذ بنظام تحديد النسل منذ
أجيال .

وتؤكد البحوث الميدانية أن معظم الأمهات في البلاد النامية يفضلن أن
يكون لديهن عدد أقل ومعنى به من الأطفال .

ولكن من أجل قلة المعلومات ووسائل تنظيم الأسرة ، فإن نفس هؤلاء
السيدات يضطرون لممارسة الإجهاض .

وقد جادى المذكرة التي قدمها مدير الصندوق الدولي الطفولة اليونسيف إلى
الهيئة التنفيذية في عام ١٩٦٦ : « أن الإجهاض هو الطريقة الوحيدة الممكنة
التي تلتشر في العالم اليوم لتحديد حجم الأسرة .

ولكن يجب تغيير هذه الحالة غير المرضية .

وإننا ملتزمون أخلاقيا بتقديم حل بديل في مثل هذا الموقف المتدهور
بدون أن نلبي أن نضع في حسابنا الجذور الاجتماعية والاقتصادية .

المساعدات السويدية في مجال تنظيم الأسرة :

الحقائق الأساسية

ليس تنظيم الأسرة بالدواء السحري لكل الأمراض ، فإننا لا نستطيع حل مشكلة التخلف بتنظيم الأسرة فقط ، وفي نفس الوقت لن نستطيع حلها بدون تنظيم الأسرة .

وكان لهذا الاعتقاد أثره في أن جعل حكومة السويد تعتبر تنظيم الأسرة جزءاً ذا أهمية متزايدة في برامج مساعدتها الثنائية .

لقد خطط ونفذ برنامج مساعدة تنظيم الأسرة عن طريق الهيئة السويدية للتنمية الدولية ، وقد بلغت قيمة الاتفاق ٢٥٠.٠٠٠ دولار فقط في السنة المالية ١٩٦٢ - ١٩٦٣ .

ولكنه أوقف خلال السنة المالية ١٩٦٧ حتى بلغ خمسة ملايين دولار - واستمرت الزيادة حتى وصلت إلى تسعة ملايين في العام المالي ١٩٦٨ - ١٩٦٩ . وهذا يعني زيادة لسبة المشاركة السويدية في برنامج تنظيم الأسرة الثنائية من لسبة مئوية بسيطة في بداية هذا العقد إلى ١٢ ٪ حالياً . وتدل الشواهد على أن هذه الزيادة سوف تستمر .

وقد استمرت السويد لمدة أعوام الداعية والمساهم الوحيد في برنامج تنظيم الأسرة ، حتى تفهم العالم سياستها ، وعندئذ تلقت الهيئة السويدية للتنمية طلبات للتعاون من بلاد كثيرة بدرجة خلقت مشكلات اقتصادية وتنظيمية ،

وتساعد الهيئة السويدية للإئتماء العالمي المشرعات الوطنية لتنظيم الأسرة في: سيلان ، وماليزيا ، والهند ، وباكستان ، وجزر موريشيوس ، وكوريا الجنوبية ، والمغرب ، وتونس ، وتركيا ، كما اشتركت مع الاتحاد العالمي لتنظيم الأسرة في برنامج التنظيم الأسري بكنيا ونيبال ، وكان من تلك المساعدات التي تقدمها الهيئة تقديم العون المادي للنشاطات الرائدة في مجال تنظيم الأسرة : بالجزائر ومصر ،

غانا ، وليبيريا ، ونيجيريا ، وأوغندا ، ونزانيا ، وهولج كومج . وقد وقعت السويد وهيئة رعاية اللاجئين الفلسطينيين التابعة للأمم المتحدة اتفاقية تقضي بمساعدة قطاع غزة في مجال والتعليم والصحة ، بما في ذلك تنظيم الأسرة .

وتساعد الهيئة المؤتمرات والتدوات المالية التي تناقش مشكلات الإسكان وتقدم العون المادي للبحث والتدريب . وبالإضافة إلى هذه النشاط فقد لبست الهيئة طلبات المعونة من دول أخرى . وفي عام ١٩٦٩ ستمتد خدماتها في مجال تنظيم الأسرة حتى تستوعب دولاً أخرى في أفريقيا وآسيا ، وأمريكا اللاتينية . فالهيئة لاتعمل إلا بناء على طلب من الحكومات الأجنبية .

في عام ١٩٦٨ كان عدد خبراء تنظيم الأسرة حوالي عشرين : أغلبهم من السويديين ، والباقي إما دنماركي أو زويجي . وقد تركزوا في سيلان وباكستان وتونس ، يساعد ٢٦٠ عضواً عليها على جميع المستويات جندتهم الهيئة السويدية للعمل بها ، ولكن العون السويدي للبلاد الأخرى اقتصر على الناحية المادية أو الإلزامية .

ومن بين ٢٢٠ موظفاً يكونون هيئة الأركان للهيئة السويدية للإنماء العالمي يتفرغ ستة منهم لمشكلات تزايد السكان ، وتساعدهم مجموعة من الخبراء في : أمراض النساء ، والولادة والإحصاء السكان ، والتعليم ، والصحة ، والعلوم الاجتماعية .

نقص الخبراء:

وأمام هذا الطلب المتزايد للمعاونة في مجال تنظيم الأسرة ظهر السويديون الثمانية المليون مواطن ، أن أم ما يحد من توسع برامجها هو نقص الخبراء حتى في عام ١٩٦٨ الذي زاد فيه عدد هؤلاء الخبراء عما كان في الماضي ، ولكن علينا أن نتذكر أن تنظيم الأسرة لم يزل ضيقاً حديث العهد على حقل المساعدات الفنية ، ويعني هذا أن هناك مشكلات أساسية كثيرة يجب حلها قبل أن نتوقع توسعاً أكبر . وفصلاً عن هذا فإن المعونة الاقتصادية المجردة لبلد ما تحتاج إلى جهاز عمل لشغل لاستقبالها واستعمالها . وبهذا تخلف مجموعة من الصعاب حتى بحاجة ،

لكل من البلد المساعد والبلد الذى يتلقى المساعدة ، يؤدى إلى تعديل في مرحلة مساعدة برامج تنظيم الأسرة .

وقد حدث أخيراً تحول في تناول الحكومة السويدية للمعاونة في حقل تنظيم الأسرة ، وقد أحدث هذا التحول أثره في مدى الاحتياج إلى الفنيين . فقد قل التركيز على البرامج الرائدة والتجريبية ، في حين زاد على توفير الخبرات اللازمة لمستويات عالمية من فن التخطيط .

وكان وراء هذا التحول في السياسة واقعاً جديداً ، هو أن زيادة لشاغل التنظيم الأسرى وأنساعه قد قلل من الحاجة إلى تجارب رائدة وأبحاث تجريبية . على حين زادت الحاجة إلى خبراء على أعلى درجة من التخصص لمساعدة البرامج المحلية المتزايدة في تنظيم الأسرة . بالإضافة إلى هذا أدى تبني الحكومات المحلية لهذه البرامج إلى الحاجة الملحة إلى تكوين كادرات محلية تستطيع تنفيذها . فتحولت بذلك أهمية المساعدة الخارجية من إمداد بخبراء للقيام بأعمال تنفيذية إلى توفير خبراء يقومون بتدريب مواطنين محليين على القيام بالأعباء التنفيذية . وبهذا صارت برامج المساعدات السويدية تهتم بتوظيف مستشارين على أعلى مستوى يشتركون في توجيه البرامج مع الأجهزة المحلية ، وقل من يستخدم من خبراء في الفروع التنفيذية بالبرامج السويدية . على هذا قل عدد من تقدم من خبراء بدون أن يؤدى هذا إلى التقليل من توسع برامج الخدمات السويدية في مجال تنظيم الأسرة .

الحاجة إلى عمل على منسق :

عند هذه النقطة يحسن أن أؤكد أنه ليس السويد كفاية خاصة لمساعدة برامج تنظيم الأسرة . فكل ما تملك من مميزات هو قدرتها على العمل بدون عوائق مسبقة . وبالرغم من غنى السويد إلا أن إمكانياتها في هذا المجال متواضعة بوجه عام ، وقد سبق أن ذكرت مدى النقص في الأشخاص المؤهلين الذين يقبلون للعمل في البلاد النامية لمدة طويلة لهذه الأسباب ، منها : عدم عالمية اللغة السويدية ،

واختلافات الطقس . وقد يكون خلل تاريخ السويد من القزعات الاستثمارية ميزة كبرى ولكنها أدت إلى نقص في معلومات هذا البلد عن الأوضاع المحلية التي تصود الاقطار المحتاجة إلى معاونة في مجال تنظيم الأسرة ، كما أن الموقع الجغرافي في السويد بعيد نسبياً عن تلك الدول .

لذا كان اهتمام السويد بأن تلعب دور جرس الإنذار العالمي الذي ينبهه العالم إلى المشكلة أكثر من أن تسهم في مناقشة ثنائية تقوم بدور الممول فيها . وفي الخمسينيات بذلت السويد أقصى جهد لها كي تحرك الرأي العام العالمي والأمم المتحدة بوكالاتها المتخصصة ، والدول الغنية بهدف القيام بعمل ينسق فيه الإنسان والعلم والتكنولوجيا جهوداً كبيرة للتحكم في الانفجار السكاني . فقد ظهر واضحاً أن ما يمكن أن تقدمه السويد هو جهد متواضع في هذه المشكلة العالمية . فالمشكلة العالمية تتطلب مجهوداً عالمياً لحلها .

ولقد طرأ تطور عالمي هام في السنوات الأخيرة ؛ فقامت أسرة الأمم المتحدة بعدة خطوات نحو حمل مدروس في مجال السكان ، بمساهمة عديدة من الدول في برامج المساعدات الثنائية لتنظيم الأسرة وبمعاونة العديد من المنظمات الأهلية مثل مجلس سكان نيويورك ومؤسستى فورد وروكفلر والاتحاد العالمي لتنظيم الأسرة الذين استمروا في عملهم الرائد الممتاز . ولعل ما هو أهم من ذلك كله هو أن عدداً كبيراً من الدول النامية قد بدأ برامج جريئة لتنظيم النسل . ويبدو أننا قد استعلمنا أخيراً أن نحقق مشاركة عالمية ملموسة في هذا المجال الذي عانى كثيراً من التجاهل ، على أن النجاح الكامل لن يتحقق إلا بتبادل الخبرات وتوزيع البحوث وتنظيمها وتجميع الإمكانيات حتى يمكن استغلالها على أحسن وجه .

وقد رحبت السويد بالإسهام في صندوق الأمم المتحدة للسكان وأبدت اهتماماً بالمشاركة في مشروعات تنظيم الأسرة التي تقوم بها الوكالات العالمية . فهي تشجع كل جهد يريده من الرعى العالمي بمشكلة تزايد السكان . وهناك اهتمام خاص بوحدة بحوث السكان التي أُنشأها حديثاً مركز التنمية التابع لهيئة التعاون الاقتصادي والإنتاجي ، والتي تشترك السويد في تمويلها .

ومن المؤكد وجود حاجة إلى خلق تسيق عالمي في مجال تزايد السكان .
وإن السويد لترحب كثيراً بمشاركة الأمم المتحدة في هذا المجال .

دراسة ميدانية لمشروع سيلان والباكستان :

وبعد أن تحدثنا باختصار عن الفلسفة التي تكن وراء مساعدات السويد
لبرنامج تنظيم الأسرة ، نجد بنا أن ندرس مشروعين تمهم فيهما السويد بفعلاً
من التفصيل ، وهما المشروع السويدي السيلاني لتنظيم الأسرة ، والمشروع
السويدي الباكستاني لرفع مستوى الأسرة ، وهما أكثر المشروعات السويدية
انفتاحاً ، ويشارك فيهما أغلب خبراء السكان في السويد ، ويمثل هذان
المشروعان أكبر مصدر للخبرة في مجال المشاركة السويدية لبرامج تنظيم
الأسرة الأجنبية .

المشروع السويدي السيلاني لتنظيم الأسرة :

وقعت السويد والسيلان في عام ١٩٥٨ اتفاقية ثنائية للتعاون الفني في مجال
تنظيم الأسرة . وقد اتفق الحكومتان على التعاون لتنفيذ مشروع رائد
لتنظيم الأسرة في منطقتين ريفيتين أو أكثر ، على أن توسع التجربة على ضوء
النتائج الأولية ، حتى تشمل سيلان بأكملها ، وعندما بدأ المشروع لم يكن
هناك خطط رسمية لحد من التزايد السكاني في أي بلد نام هذا الهند ، فقد كان
الموضوع حساساً حتى إنه لم يكن من الممكن التحدث بشأنه بصراحة وعلاوية .

وكان من أهداف المشروع عمل تقويم على لدرجة تقبل المواطنين للفكرة
ومدى إمكان بدء مشروع لتنظيم الأسرة بالبلد . كما عمل المشروع على تقديم
الإرشادات لأعضاء البرنامج في الوحدات الرئيسية والرائدة فيه ، وتدريب
الأفراد السيلانيين على أعمال تنظيم الأسرة .

وقد بدأ العمل بالمشروع عام ١٩٥٨ حين أقام أحد الخبراء السويديين في
أمراض النساء والولادة وتنظيم الأسرة مركزين رائدين في منطقتين ريفيتين

أخيراً بمعرفة وزارة الصحة وهيئة تنظيم الأسرة بـ سيلان ، وكانت إحدى المنطقتين قرية تمبد عن كولومبو عاصمة سيلان بحوالى ٢٥ ميلاً ، يقطنها مواطنون من الجنس السنهالى البوذى ، يتكسبون من زراعة الرز والسكاكرو والمطاط ، وكان عددهم ٧٥٠٠ نسمة ، منهم ٢٠٪ أميون .

أما المنطقة الأخرى فكانت مقاطعة جبلية يقطنها ٧٠٠٠ من هنود التاميل أغلبهم من الهندوس ، ٧٥٪ في المئة منهم أميون .

وقد استخدمت هاتان المنطقتان كحقل تجارب مع التركيز على القرية التى تمثل أصغر وحدة إدارية من الخدمات الصحية بما يجعلها المكان الأمثل لتقويم وتجربة مختلف طرق التطبيق قبل تنفيذها في وحدات أكبر حجماً .

وتبعا لخطة البرنامج أجرى تعداد سكانى للمنطقتين جرت متابعتها . كما جرى بحث عن معلومات واهتمام بمجوعات السكان الخصبية بتنظيم الأسرة . وافتتحت وحدات صحة الأسرة — التى تقدم العناية للأم في أثناء الحمل وبعد الولادة — بالإضافة إلى مراكز لصحة الطفل . ووزعت موانع الحمل للأسر مجاناً ، عند الطلب .

ولم تقتصر الوحدات على ذلك ، بل أسدت النصح والمحوثة للأسرة التى تفكر العقم ، فكان لهذا أثر نفسى كبير .

ونظراً لما حققته الدراسات الرائدة من نتائج مشجعة ، ولزيادة الوعي بالمشكلة ، تقرر في عام ٦٢ - ١٩٦٣ التوسع في نشاط المشروع بمساعدة وزارة الصحة ، فأضيفت إلى المشروع مناطق جديدة أكثر اتساعاً . وبهذا كان اتجاه سير المشروع يبدأ بمنطقة إدارية صغيرة ، ثم وحدة متوسطة ، وينتهى بمركز صحى كبير يخدم مئات الآلاف من الأفراد .

وقد أظهر المشروع السيلانى نتائج مشجعة عند انتهاء مدته عام ١٩٦٥ . وقد أثبت هذا المشروع إمكان تدريب واستخدام هيئات صحية للعمل بتنظيم

الأسرة ضمن مشروعات الصحة العامة . بالإضافة إلى هذا فقد ثبت أن تنظيم الأسرة ليس مفيداً فقط ، بل مقبولاً أيضاً عند السكوة من المواطنين . لذا يصح لنا أن نطالب بأن يكون تنظيم الأسرة جزءاً لا يتجزأ من برامج صحة الأسرة .

وبذلك يكون المشروع في مرحلته التجريبية قد أسهم في خلق موقف إيجابي تجاه تنظيم الأسرة في أغلب الاحياء ، مما أدى بالتالي إلى تبني برنامج شامل لتنظيم الأسرة يغطي القطر كله .

وفي عام ١٩٦٥ وقعت اتفاقية جديدة بين السويد وسيلان لبدء مشروع شامل لتنظيم الأسرة ، ساعدت فيه السويد على تدريب الأطباء والفنيين اللازمين لهذا البرنامج في كل مستوياته . كما قدمت وسائل منع الحمل ونظمت أجهزة حفظها وتوزيعها . ثم قدمت العملة الصحية اللازمة لإنشاء ٣٥٠ وحدة لتنظيم الأسرة وأمدتها بالسيارات اللازمة . ويقوم المشروع بالإضافة إلى هذا بتقديم النصائح فيما يختص بالتطبيق الميداني للبرامج ويسهم في البحوث الهامة .

وقد اعتمد المشروع أساساً منذ بدايته على البيئات المحلية في التنفيذ ، ولم يكن هناك موظف سويدي دائم إلا مدير المشروع ، ويساعده خبراء طبيون واجتماعيون وتربويون وخبراء في المسح السكاني يعملون لفترات طويلة أو قصيرة ، ولكنها عموماً مؤقتة . وقد أسهم المشروع في تقديم القسييلات حتى يمكن لبعض الفنيين المحليين تلقي تدريبات على مستوى أعلى بالخارج . وكان عدد الموظفين المحليين حوالي ٤٠٠ . وحين انتهى البرنامج كان مجموع ما أنفق حوالي ١٢٢ مليون دولار .

وحين انتهى المشروع في أغسطس عام ١٩٦٨ كان قد كون جهازاً إدارياً قومياً لتنظيم الأسرة يشمل — بالإضافة إلى ذلك — مركزاً للخدمات الصحية . وقد تم في هذا العام إعداد كل الفنيين اللازمين ، وتجهيز كل العيادات ، وتدريب العاملين وإنشاء خطوط للإمدادات ومساعدتها بوسائل النقل اللازمة . وكان البرنامج

ميزة كبرى ، وهي اندماج في البرنامج الصحي العام للبلد ، فإذا وضعنا في
حسابنا المساعدة الكبيرة التي قدمتها جمعية تنظيم الأسرة المحلية وخدمات
مجلس السكان في ميدان التثقيف والاتصالات ، كان لنا أن نأمل في أن يحقق
البرنامج الهدف المنشود ، وهو التقليل من نسبة المواليد من ٢٥ لكل ألف عام
١٩٦٥ إلى ٢٥ لكل ألف عام ١٩٧٦ .

المشروع السويدي لرفاهية الأسرة بالباكستان

أدت زيادة الوعي بعواقب تزايد السكان في الباكستان إلى أن تضع الحكومة
برنامجاً قومياً لتنظيم الأسرة في الخطة الخمسية الثانية ١٩٦٠ - ١٩٦٥ ، ووقت
الباكستان والسويد اتفاقاً يقوم بمقتضاه تعاون بين البلدين ضمن إطار المشروع
القومي لتنظيم الأسرة ، وهو بهذا يختلف عن المشروع السويدي في سيلان ؛
فهو هنا يعمل ضمن برنامج قد أنشئ مسبقاً ، ولذا كان التأكيد على المساهمة في
البرنامج ، وليس على البدء بنشاط رائد في هذا الميدان . وكانت أهداف البرنامج
هي المشاركة في إنشاء وتشغيل العيادات النموذجية ، وفي تدريب العاملين ببرامج
تنظيم الأسرة ، بالإضافة إلى تركيز الجهود الإعلامية والثقافية التي تريد من التثقيف
العالم لفكرة تحديد النسل والمساهمة في البحوث وتقديم بعض الأجهزة اللازمة .
وأسهم المشروع في علاج حالات العقم ، كما هي الحال في المشروع السيلاني .
وقد تركزت الجهود في كراتشي وحيدرآباد بباكستان الغربية وشتيا جويج
بباكستان الشرقية ، وتكونت مجموعات من السويديين كل مجموعة تضم
طبيباً وممرضة تساعدان الهيئة الصحية المحلية وإدارى سويدي . وقد اتسع مدى
المشاركة في عام ١٩٦٣ بإنشاء وحدات تنظيم أسرة موزدة بالوسائل السمعية
والبصرية في كراتشي ولاهور بباكستان الغربية ، وفي دكا بباكستان الشرقية .
وقد أسهمت هذه الوحدات في تدريب الفنيين المحليين بالإضافة إلى نشر الوعي .
وقد أمدت السويد هذه المراكز بكل الأجهزة اللازمة . كما بعثت الباكستان
بثلاثة خبراء في رسائل الإيضاح البصرية والسمعية ، ومقابل ذلك درست بعضاً
من الطلبة الباكستانيين على وسائل الإعلام بالسويد .

وقد كان هذا الاهتمام الحديث بوسائل الترفيه عام ١٩٦٣ نتيجة لدروس الماضي، فالرغم من إنشاء ٣٠٠٠ - ٣٠٠ وحدة لتنظيم الأسرة، فقد ظلت هذه الوحدات تنحصر من بنائها. ومن هنا كانت الحاجة ملحة واضحة إلى قيام جهود تنقيح وإعلامي يساعدها على نشر الوعي التنظيمي من عامة الشعب. فضلا عن الأطباء المشتركين في البرنامج، فبدون إسهام كامل متفهم من الأطباء لن يكون هناك النجاح المنشود للبرنامج.

وفي عام ١٩٦٦ وقمعة اتفاقية جديدة تقضى باستمرار المساهمة السويدية في البرنامج الباكستاني القومي لتنظيم الأسرة حتى عام ١٩٧٠، وقد تركز الجهود حاليا حول تدريب العاملين بالبرنامج، وتهيئة وسائل الاتصال، والبحوث التطبيقية وإنشاء العيادات النموذجية وتوفير الأجهزة والإمدادات اللازمة. وقد أخذت الباكستان على عاتقها توفير كل مستلزمات البرنامج القومي من موانع الحمل للرجال، حتى إنها قدمت في عام ١٩٦٧، ١١٥ مليونا منها. وقد قام مستشار سويدي بمساعدة السلطات المحلية على توفير وسائل التخزين والتوزيع.

وكان مجموع اتفاق السويد في جهودات تنظيم الأسرة بالباكستان بين ١٩٦٧ - ١٩٦٧ حوالي أربعة ملايين دولار، وعدد السويديين المشتركين، م: مدير المشروع، وطبيبان، ومشرقا عيادات، ومستشاران في وسائل الإعلام، ومستشار في الطباعة، وخمسة إمدادات، وباحث، ومساعد إداري. أما عدد المشتركين من الباكستانيين فقد كان ٣٠٠ في جميع المستويات.

والمشروع السويدي - الباكستاني مشروع حمل وتطبيق في أغلبه. وبالرغم من السنوات الصعبة الأولى فالإحساس العام هو أن المشروع قد اندمج جيدا في إطار البرنامج الباكستاني. لذا فإن هدف البرنامج هو أن تقدم السويد مساهمتها الهامة حيثما استطاعت للمشروع الباكستاني الشديد الطموح. وفي هذه الظروف يصعب تقويم الجهد المبذول، وعموما يجري الآن تقويم لنتائج البرامج التدريبية والوسائل البصرية والسمعية. هذا التقويم

هو أهم عمل يقوم به قسم البحوث بالمشروع . وعموماً ، يؤمل أن تستطيع السويد تقديم مساهمتها المتواضعة في العمل المخصص الذي يجري الآن بالباكستان بأمل تخفيض نسبة تزايد السكان من ٣ في المئة في العام إلى ٢.٥ في المئة في عام ١٩٧٠ هذا الأمل الذي سوف يساعد على تحقيقه مشاركة بمجموعات عمل أمريكية من جامعي بركلي وجونز هوبكنز ، إلى جانب النشاط السويدي .

الخلاصة

إن مشكلة تزايد السكان بالعالم لها وجهان كئي وكيفي ، كيني من حيث الحاجة إلى اكتشاف طرق أكثر حدة وإثرا في تنظيم الأسرة . وكئي لأن الحاجة مازالت حادة إلى المزيد من المشاركة والمؤونة المادية ، وكما سبق أن ذكرنا فإن المشكلات العالمية تحتاج إلى جهد عالمي للحل . وإن كانت طرق تناول هذه الحلول تختلف بين بلد وآخر ، ولذا يجب حين تطبيق استراتيجيات لمنع تزايد السكان أن نصبها في قالب يتواءم مع طبيعة البلد ، أو المجتمع الذي تطبق فيه من حيث الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والثقافية .

واقف نادى الرأي العام السويدي منذ مدة طويلة مطالباً ببذل جهد أكبر في مجال تنظيم الأسرة لإحساسه بالارتباط الوثيق بين هذا التنظيم وبين ارتفاع المستوى المعيشي والصحي للأسرة . وقد وجهت السويد أغلب جهدها المتواضع إلى مجال تنظيم الأسرة لعلها أن تعيد النسل وحده والدمعة إليه ما زالت هدفا صعب التحقيق بين أمم جاهلة فقيرة .

ولكنها تشعر أنه يكون ضرباً من الخيال إذا حاولنا الارتفاع بالمستوى الاقتصادي لبلد ما بدون خفض مائل في نسبة المواليد ، فإن مشكلتي الدخل والإنفاق يجب أن تحلأ معاً .

ولسنا متأكدين تماماً من مدى إمكانية الوصول إلى الهدف المنشود ، ولكن مشكلة هذه الخطورة تتطلب — منطقياً — عملاً سريعاً وجاداً .

ملحوظة : أرنست ميشانيك مدير الهيئة السويدية العالمية للإنماء التي خطبها في أثناء برنامج الدراسات العليا لتنظيم الأسرة في يوليو سنة ١٩٦٦ ، وفي المؤتمر العالمي الخاص بالإخصاب والعقم ، وقد أشرنا لحديثه في صفحة ٢٤٩ .

الحكومة الأمريكية : عامل جديد وفعال

ماكولم هـ. ميريت

تفارك الولايات المتحدة الأمم المتحدة وجميع بلدان العالم اهتمامها المتزايد بالتكاثر الذى لم يسبق له مثيل فى تعداد شعوب العالم .

إن معدل الزيادة الحالى يخلق صعوبات كثيرة للاقتصاد العالمى والرفاهية الاجتماعية حاضراً ومستقبلاً .

وتؤثر هذه الصعوبات فى البلاد النامية والمتقدمة صناعياً ، فإن لها أثراً حاسماً فى مستوى معيشة الفرد والأسرة ، واستقرار المؤسسات الحرة ، وسلام البشرية وتقدمها .

اختلال التوازن فى الموارد :

إن المشكلة الرئيسية هى زيادة عدم التوازن بين سكان العالم والموارد المتوافرة لمقابلة احتياجاتهم ، وفى الغذاء والعمل ، والإسكان والتعليم ، والمؤسسات الصحية ، والطرق والمواصلات ، والخدمة الاجتماعية ككل .

الذى يحدث الآن فى العالم هو أن التزايد السكانى يفوق هذه الموارد بسرعة . وهكذا فى وقتنا هذا حيث يقدم العلم والتكنولوجيا وسائل كثيرة لبناء حياة أفضل للبشرية ، فإن هذا التكاثر فى الأعداد يعوق ما تعد به التكنولوجيا من تقدم .

إن استمرار إطلاق العنان لهذه الزيادة مع التقصير فى وسائل إعالة الأفراد لا يمكن أن يكون مقبولا كاملاً للمستقبل .

زيادة التعداد العالمى :

إن التعداد العالمى يزيد الآن بمعدل ٢ فى المئة السنة الواحدة — أى ما يوازى ٧٠ مليوناً سنوياً — مع ارتفاع المؤشر إلى أعلى .

إن هذه الزيادة فى كل من العدد والنفية المتوية لم يسبق لها مثيل فى حياة البشر ، وإذا استمرت هذه الزيادة ، وهذا ما لا يبنى أن يحدث ، فإن تعداد السكان العالمى سيتضاعف خلال ٢٥ عاماً القادمة . هذا يعنى أنه خلال جيل واحد أى حوالى سنة ٢٠٠٠ سيزيد على عالمنا المضطرب هذا عالم جديد من البشر يبلغ حوالى ٣٠ بلايين ، وهذا بالطبع انفجار سكاني كبير .

ولنتساءل عن النتائج التى ستترتب على هذا التضخم من جوع وسوء تغذية ومرض ومعاملة .

زيادة السكان فى الأزمنة السالفة :

بمقارنة هذه الزيادة الحالية مع الأزمنة السالفة سنجد أن أول مضاعفة معروفة لسكان الأرض أضافت ٢٥٠ مليوناً ، وقد حدث هذا فى حوالى ١٧٠٠ سنة من بداية المسيحية إلى نصف القرن السابع عشر .

فى هذا الوقت كان تعداد سكان العالم ٥٠٠ مليون ، أى ما يوازى التعداد الحالى لسكان الهند .

ومنذ ذلك الحين ارتفع معدل الزيادة خصوصاً مع تقدم الوسائل الصحية ، ثم أعقبها زيادة أضافت مليوناً إلى تعداد العالم فى حقبة من الزمن مداها ١٥٠ عاماً ، ثم حدثت مضاعفة أخرى خلال ١٢٠ عاماً ، وحتى ١٩٢٠ .

ضرورة العمل على التناقص العالمى :

إن الصعوبات التى ترتب على زيادة تعداد السكان ، وهى قلة تخطيط الفرد

من موارد الغذاء والاحتياجات الأخرى آثراً عالمياً ، فهي تبطل من خطى التقدم الاقتصادي في البلاد النامية وتؤخر من وصولها لمرحلة الاكتفاء الاقتصادي الذاتي وتزيد من احتياجها للمونة الأجنبية .

وفي نفس الوقت فإن زيادة السكان وزيادة احتياجاتهم في البلاد المتقدمة تجعل من قضية المساعدة أمراً صعباً .

فتلا الفائض الهائل في الحبوب الذي كان في الولايات المتحدة منذ سنوات قليلة لم يعد قائماً .

فلقد استهلك هذا الفائض ، المعونات التي قدمتها الولايات المتحدة للدول الخارجية .

كيف يمكن في مثل هذه الظروف مقابلة التوسع المستمر في الحاجة إلى الغذاء ؟ إن هناك حداً لفائض الغذاء في أي بلد .

إن المشكلة المطروحة أمامنا تدهو إلى حركة عالمية واسعة ، حركة تعمل على تقليل معدل الزيادة السكانية مع التركيز على إنتاج كميات أكبر من المواد الغذائية ، وإيجاد فرص أكبر للعمل ، وتعليم أفضل ، وإسكان أفضل وتوفير الاحتياجات الأخرى لحياة الإنسان .

وتعتبر برامج تنظيم الأسرة التي تأخذ بها معظم الدول جزءاً أساسياً من هذا العمل المطلوب .

إن المساعدة المتزايدة لهذه البرامج من خلال المنظمات العالمية والبلاد ، كل على حدة ، والمؤسسات الخاصة ، تلعب دوراً أساسياً .

ونأمل أن يرداد بعض السنين انتشار هذه الأعمال واتساع نشاطها حتى تصل إلى النطاق العالمي المطلوب .

وإن حجر الأساس في هذه المناشط هو ما تقوم به الدول ذاتها داخل حدودها .

ومن حسن الحظ أن الاهتمام والعمل قد نما من بلد إلى آخر في المقدر الحال .

فندما لا يزيد على خمس أو ستة سنوات لم تكن مشكلة التزايد السكاني تحظى باهتمام غالبية دول العالم .

أما اليوم فقد تبنت أمم ، يبلغ تعدادها أكثر من نصف سكان العالم ، برامج للحد من هذه المشكلة .

من هذه الدول : الدول النامية والدول النامية ، ودول الكتلة السوفيتية والصين الشعبية .

وتنفذ ستة وعشرون من البلاد النامية برامج رسمية لتنظيم الأسرة ، هذا بالإضافة إلى ثلاثين دولة أخرى تقوم بتنفيذ برامج تنظيم الأسرة بها منظمات تطوعية ، أو تشترك في الدراسة والتدريب على شؤون السكان .

ولنأمل أن يزيد العمل العالمي من إيقاعه وأثره ، مع ازدياد التفهم لآثار التزايد السكاني ؛ فهذا أمر ضروري لرخاء الجنس البشري .

البرامج في بعض البلاد :

وتصلح البرامج في الهند وباكستان وكوريا الجنوبية ؛ لأن تكون مثالا لما يجري في مجال تنظيم الأسرة . فقد استطاع البرنامج الهندي بمساعدة ٢٤٠٠٠ مركز لتنظيم الأسرة ، و ٢٥٠ وحدة متنقلة للتحقيق أن يقوم بتركيب مليون ونصف مليون لولب رحي وأن يقوم بـ ٢٠٦ مليون عملية تعقيم .

وفي البرنامج الباكستاني استخدمت مليون امرأة الوالب الرحمة ، في حين استعمل ١٠٤ مليون من الأزواج وسائل أخرى لمنع الحمل ، وارتفع مؤشر

عملية تهجير الرجال ارتفاعاً حاداً ، فقد بلغ عدد من أجريت له عملية التهجير من الرجال ٢٣.٠٠٠ في شهر سبتمبر سنة ١٩٦٧ .

أما في كوريا بلد الثلاثين مليوناً ، فقد قدرت حكومتها أنه يجب أن يبلغ مجموع من يمارس تنظيم الأسرة في عام ١٩٧١ حوالي مليوني زوج ، حتى تحقق برامجها هدفها المنشود من تخفيض نسبة تزايد السكان ، وقد ارتفعت معدلات استهلاك الوالب ووسائل منع الحمل الأخرى ارتفاعاً كبيراً في ١٩٦٦ و ١٩٦٧ ، ويعمل بالبرنامج الكوري ٢٢٢٠ متخصصاً ، كما يقدم البرنامج ١١٠٠ وحدة لتكوين وسائل منع الحمل الرجعية ، و ٧ عيادة تهجير ، و ١١ فريقاً مستقلاً لتنظيم الأسرة .

مساهمة الولايات المتحدة في هذا العمل :

تسهم الولايات المتحدة في العمل العالمي في مجال تزايد السكان ، وتشجع آخرين على الاشتراك فيه ، هذا بالإضافة إلى مساعدتها على توسيع نطاق الإنتاج الغذائي والأعمال الأخرى التي تساعد على التقدم .

ولقد امتدت المعونات الحكومية المتزايدة والفيدرالية والمحلية إلى مشروعات التعليم والعمل من أجل تنظيم الأسرة .

وتتيح هذه المعاونة الفرصة لجميع الأسر الأمريكية للحصول على معلومات وخدمات من أجل تنظيم الأسرة متى شئت . إنها تساعد شعبنا على جميع مستوياته الاقتصادية أن يكون له حرية شخصية في السيطرة على إنتاجه وتحديد حجم أسرته بقدر يتماشى مع آماله ومصادر ثرواته ودخله . وقد اندمج هذا العمل مع الخدمات التي توفرها الحكومة للأئمة وصحة الطفل ، وخدمات صحة أخرى على المستوى القومي والمحلي ، ومن خلال وكالات التنمية الدولية توفر الولايات المتحدة المساعدة للبرامج السكانية لعدد من

البلاد النامية ، وهي بلاد بلغت الزيادة السكانية فيها حداً أعاق الطريق نحو زيادة نصيب الفرد من الغذاء ومن التقدم في المستوى المعيشي ، أو الاقتصادي أو الاجتماعي بوجه عام . وقد طلبت هذه البلاد المساعدة من الولايات المتحدة في برامج تنظيم الأسرة إلى جانب ما تقدمه من مساعدات أخرى للتنمية .

أهداف المعونة الأمريكية :

إن أهداف المعونة الأمريكية بالداخل وبالخارج هي تحسين حالة الفرد والأسرة وما يترتب على هذا من فوائد للمجتمع .

وما برامج البلاد التي تتلقى هذه المساعدة إلا أعمال تطوعية تقوم بها هذه البلاد لكي تصل بشعبها إلى هذه الأهداف نفسها .

بداية المعونة الأمريكية :

وقد بدأت المعونة الأمريكية لبرامج السكانية وتنظيم الأسرة في الخارج حديثاً بإعلان الرئيس الأمريكي دجونسون ، في خطابه (حالة الاتحاد) يوم ٤ يناير ١٩٦٥ : « سوف أبحث عن وسائل جديدة لاستعمال علينا للحد من الانفجار السكاني العالمي ، ولتتصع المتزايدة في موارد العالم » .

ولقد تأكدت هذه السياسة منذ ذلك الحين ، وساندها عمل الكونغرس والسلطات التنفيذية ، وعمل على توسيعها .

زيادة الاسهام في الليزانية :

وقد ظهر جلياً أثر ازدياد نصيب وكالة التنمية العالمية في الليزانية بالتوسع نشاطها في هذا المجال . فقد ارتفع ما أنفق على المساعدات ارتفاعاً كبيراً عن مستواه المبدئي في ١٩٦٥ . وزادت ميزانية المساعدات في العام المالي الذي انتهى ١٩٦٥ زيادة عمادة وصلت إلى ٣٥ مليون دولار ، ووصلت إلى ٥٠

مليوناً في عام ١٩٧٠ .

ومن الملاحظ مثلاً على وجه الخصوص هو استمرار توسع مثل هذه المساعدات لمساعدة المطالب الملح للبلاد التي تشترك في تنفيذ مشروعات تنظيم الأسرة ، ويشكل نقص المعونات عائقاً في طريق هذه المساعدة .

التنظيمات الادارية :

وقد بدأت منظمة الإنماء العالمى في الاستعداد لتوسيع من نشاطها ، كما هيئت وزارة الخارجية خبيراً في شئون تزايد السكان . وأشدت هيئة استشارية تربط بينهما .

وفي عام ١٩٦٧ تكون مكتب محاربة الجوع كفرع من نشاط منظمة الإنماء العالمى حتى يمكن التركيز أكثر فأكثر على الحد من تزايد السكان ، والعمل على زيادة الغذاء ، وتحسين الأحوال الصحية والغذائية . وفي نفس الوقت أنشئ مكتب آخر لمشكلات السكان حتى ينفذ مكتب محاربة الجوع بالمساعدات الفنية المتخصصة .

وهيئت المنظمة خبراء في مشكلات السكان بكل مكاتبها الإقليمية بواشنطن وبمراكزها في الخارج ، بالإضافة إلى خبراء متفرعين مقيمين بحد من البلاد الأخرى . وقد عملت كل فروع المنظمة على أن يضم برنامجها جانباً يخدم تنظيم الأسرة ومشكلات السكان . وقد تزايد عدد خبراء مشكلات السكان حتى وصل إلى ما يقرب من الخمسين ، كما زاد اهتمام العاملين الآخرين بها .

العمل على نشر وسائل منع الحمل :

وكما تثير حجم العمل ، تنهت الأفكار . ففي عام ١٩٦٧ حدث تطور إلى الأمام في مشروعات المنظمة حين قررت تبني سياسة تدعو إلى نشر

وسائل منع الحمل والترغيب فيها ، وهو ما كان منوها في برامج المساعدات الأمريكية ، منذ عهد برنامج مارشال . وقد أسهمت هذه السياسة الجديدة في مساعدة الدول النامية في الحصول على ما تحتاج إليه من موانع الحمل ، وأصبحت المنظمة تتلقى طلب هذه الموانع من عدد متزايد من الدول النامية .

أمثلة من المساعدات الأمريكية الحالية :

تتل المساعدات التي قدمتها الولايات المتحدة الآن على مدى اتساع برنامجها ، وتتلقى هذه المساعدات دول عديدة تتراوح بين دول تتبع برنامجاً قومياً شاملاً تقينه حكوماتها ، ودول مازالت في مراحل استكشاف اقتصادي واجتماعي وسياسي لأثار مشكلة تزايد السكان . وتقدم وكالة التنمية العالمية مساعداتها في كل هذه المراحل .

وفيما يلي بعض النماذج لما تقدم الوكالة من مساعدات :

١ — قدمت ١.٣ مليون دولار للحكومة الهندية ، لشراء معدات منع الحمل في عام ١٩٦٧ ، تستعمل ٥٠٠.٠٠٠ دولار منها في شراء حبوب منع الحمل ، والـ ٨٠٠.٠٠٠ الباقية في شراء موانع الحمل للرجال (الكبوت) . وسوف يساعد هذا الجهد المحلية المضخمة الرامية إلى شراء وتوزيع هذه الموانع .

٢ — قدمت منحة من ثلاثة ملايين دولار للاتحاد العالمي لتنظيم الأسرة في ديسمبر ١٩٦٧ ، لدعم جهوده التي تهدف إلى مساعدة النشاط الخيري التطوعي في مجال تنظيم الأسرة ، والذي تقوم به منظمات محلية عديدة . وتستخدم حوالي المليون دولار من هذه المنحة في شراء موانع الحمل ، وغالبيتها من الأقراص .

٣ — ساهمت في تنظيم برنامج لبحث أثر استعمال أقراص منع الحمل في جهود تنظيم الأسرة .

٤ — أمنت الوكالة عقدتين بمبلغ ٦٢٨.٠٠٠ دولار مع مجلس السكان لدعم جهوداته في تنظيم الأسرة وتكوين برامج مابعد الولادة في مستشفيات الولادة بالدول النامية .

٥ — قدمت الوكالة قرض كولي Cooley Loan لهيئة باكستانية في عام ١٩٧٦ للمساعدة على إنشاء مصنع لموانع الحمل من أفراس وغيرها . وكانت قيمة هذا القرض ١٦٨.٠٠٠ دولار بالعملة المحلية على أن تسهم الولايات المتحدة والباكستان بمحصولهما في رأس المال. وهذا النوع من القروض يمثل بوضوح ما يمكن أن تقدمه العملة المحلية التي تحصل عليها أمريكا من خلال برنامجها "الفداء من أجل الحرية" ، حين توضع المساعدة في مجال تنظيم الأسرة .

٦ — قدمت منحة بمبلغ يساوي ٢٤٩.٥٠٠ دولار بالعملة المحلية لتونس . عام ١٩٦٧ للمساعدة جهودها في تنظيم الأسرة .

٧ — أقرضت قرصاً لثمانيا بمبلغ ٣.٢٦ ملايين دولار لتوكيا عام ١٩٦٧ لشراء ١٤٠٠ سيارة من أمريكا لتنفيذ برامج تنظيم الأسرة .

٨ — قدمت الوكالة المساعدة لجامعات أمريكية عديدة مثل : جامعة جونز هوبكنز ، وجامعة كارولينا الشمالية ، وجامعات هاواي ونوتردام وكاليفورنيا تدعياً لجهود هذه الجامعات في الدراسات السكانية وأبحاثها في مجال التدريب .

٩ — استخدمت مبلغ ٤ ملايين دولار بالعملة المحلية من إيراد برنامج الفداء للحرية في الهند عام ١٩٦٨ في مجال تنظيم الأسرة . وقد صدر القانون رقم ٨٠٤ بالهند موافقاً على هذا الاستئجار .

١٠ — حصلت الباكستان بطريقة مماثلة على مبلغ ٣.٢ ملايين دولار بالعملة المحلية .

١١ - تساعد الوكالة بعض المراكز في أمريكا اللاتينية مثل المركز الأمريكي للاتين لبحوث تزايد السكان بسانتياجو شيلي ، وهو مركز تدعمه أصلاً الأمم المتحدة ، ويقوم بتدريب خبراء يختارون من دول المنطقة المختلفة ، وقد تاق هذا المركز الهام ٣٤.٠٠٠ دولار من الوكالة .

مبادئ وأهداف المساعدة الأمريكية :

ويجب ملاحظة أنه حين نتكلم عن أعمال وكالة التنمية العالمية فإن حديثنا يدور حول ما تقدمه من مساعدات لبرامج تنظيم الأسرة القائمة أكثر من الحديث عن برامج تقوم بتنفيذها الوكالة نفسها ، والاختلاف هنا واضح ؛ فمن المهم الإشارة إلى أن الوكالة لا تملك أو تدير أى برنامج . فالبرامج كلها تديرها البلاد نفسها . وما تفعله الوكالة هو تقديم المون لهذه المجهودات حين يطلب منها ذلك ، بالإضافة إلى ما يمكنها أن تقدم من مساعدات في مجالات البحوث الأولية وتدريب العاملين بهذه المشروعات .

وتسير مساعدات الوكالة لبرامج تنظيم الأسرة على هدى ثلاثة مبادئ :

١ - تقدم المساعدات - بناء على طلبات عدة - إما إلى هيئات محلية رسمية ، وإما إلى جمعيات خيرية ، عالمية كانت أو محلية .

٢ - حين تقدم الوكالة مساعداتها لبلد ما لا تشترط أى طريقة للاستفادة منها ، بل هى تترك للأفراد العاملين بالمشروع حرية اختيار طريقة العمل بما يناسب آراءهم ورغباتهم الشخصية ، والمناخ الثقافى الذى يحيط بهم .

٣ - لا تقصد الوكالة ، ولا تدعم سياسة معينة للحد من تزايد السكان ، ولكنها تشجع كل ما يزيد الوعى القومى لتزايد السكان وما له من آثار على التنمية والرفاه ومستوى المعيشة على وجه العموم . كما تسهم الوكالة في البرامج المحلية لتنظيم الأسرة متى طلب منها ذلك حتى تكون لبلد الحرية الكاملة في تطبيق برامج تحديد النسل بما يتجاوب مع رغباتهم .

أنواع المساعدة :

تتماز المساعدات التي تقدمها وكالة الإنماء العالمي في مجال تنظيم الأسرة بتنوعها ، فهي تشمل الخدمات الاستشارية في نواح عديدة من الموضوع وبرامجه . كما تسهم في تدريب المتخصصين من خلال جهد مشترك بين البلد المحلي والولايات المتحدة . بالإضافة إلى ذلك ، تقدم الوكالة ما تحتاج إليه بعض مراكز تنظيم الأسرة من وسائل منع الحمل ومعدات الانتقال واحتياجات البحوث والتعليقات والإعلام . وتقدم المساعدة في شكل منح ، أو قروض ، أو الاثنين معا ، ويكون بعضها من الدولارات حتى يمكن الدولة شراء المعدات من أمريكا ، والبعض الآخر بالعملة المحلية وبالذات في البلاد المستفيدة من برنامج الغذاء من أجل الحرية ، الأمريكي .

وتقدم الوكالة مساعداتها بطرق تتواءم مع ظروف واحتياجات برامج كل دولة حل حدة . وهي مستعدة دائماً لتقديم دعماً داخل إطار من التخطيط المنظم للبرامج .

زيادة المشاركة العالمية :

ومع ازدياد المشاركة الأمريكية ، زاد ما تقدمه البلاد الأخرى ، والمنظمات العالمية والمؤسسات الخاصة ، زيادة كبيرة . وهذا ما يجب أن يكون لمواجهة الزيادة المستمرة في تبنى مشروعات تنظيم الأسرة ، وحتى يمكن مواجهة مشكلة تزايد السكان بمجهود يقاصب مع أهميتها .

وما يجدر هنا الإشارة إليه هو دخول الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة ، في مجال مساعدة برامج تنظيم الأسرة ، ففي ديسمبر ١٩٦٦ وإجماع الأصوات ، وافقت الأمم المتحدة على البدء في مد دول عديدة بالمعلومات المطلوبة من مشكلات تزايد السكان . ومع مرور الوقت يزايد اهتمام الأمم المتحدة

بتنظيم الأسرة ، وسوف تدعم الولايات المتحدة جهودها من خلال وكالة
الإتماء العالمى . على أن أمريكا لم تمد الفارس الوحيد في هذا المنهار ؛ فقد
دخلته دول أخرى عديدة ، مثل السويد والنمرك والنرويج وهولندا
والجمهقرا .

وبالإضافة إلى هذه الجهود الدولية ، تقوم كثير من المؤسسات الخاصة
بمشاركة فعالة تستحق كل عرفان وشكر . ولعل أهمها مؤسسة فورد ، ومجلس
السكان ، والاتحاد العالمى لتنظيم الأسرة ، ومؤسسة روكفلر ، وصندوق باغفنذر .
وتعمل الدول والمنظمات المشتركة في هذا العمل على تقديم جهد عالمى متناسق .
وتساعد وكالة الإنماء العالمى — إلى جانب مشروعاتها الخاصة — على تشجيع
كل دول العالم ومنظماته الرسمية والخاصة على الإسهام في هذا الجهد العالمى .

المطالعة

يتطلع كل غلص إلى مستقبل أكثر إشراقاً للإنسانية ، مستقبل يحصل
فيه كل فرد على ما يحتاج إليه من غذاء ، وعمل ، وعلم ، وغير ذلك مما
يحمل الحياة أفضل وأسعد ، هذا هو تصورنا لعالم أفضل للجميع ، يقوم على
تقدم مستمر في كل أرجاءه مصحوباً بالسلام والنظام اللازمين لرفاهية
الإنسان ورواحه .

وعلىنا أن نسهم في إنجاحه بالرغم من صعوبة المشكلة التي نحاربها
وهى مشكلة التزايد السكانى ، فهى أصعب حلاً من العمل على زيادة
الإنتاج العالمى .

ونظر الحيوية المشكلة فيمكننا ، بل يجب علينا ، أن نؤمن بأن البشرية لن
تحلها إلا من خلال جهد مشترك . وإننا لنعلم مدى ما قدمته الآلات الحديثة
والتكنولوجيا من خدمات لعالمنا في مجالات الزراعة والصناعة وحياة الأسرة .

وما يطلب الآن في حق تنظيم الأسرة هو الحد من الحد السكاني بصورة
تريد من أثر هذه الخدمات .

والجهود كبيرة وكذلك ستكون ثماره التي حان قطافها ، وخاصة في البلاد
الأقل تقدما .

حقا إنه نحمد يحتاج إلى عمل عالمي .

القسم الخامس:

ملخص عام

برامج تنظيم الأسرة وتحديد النسل

برنارد بيرلسون

أسهم في هذا الكتاب علماء بارزون من مختلف أنحاء العالم اشتركوا جميعاً في تحديد ما تقوم به دولهم في مجال تخصصها ضمن برامج تنظيم الأسرة ، ويجدر بنا في هذا التلخيص أن نرسم للموضوع صورة تاريخية شاملة .

ولنبداً بمسألة التكاثر السكاني : هناك العديد من المشكلات التي تنبع من عامل الزيادة السكانية في عالمنا هذا ، ولعل أهمها هي مشكلة التزايد السريع في عدد السكان ببلد نام .

يلغ تعداد سكان العالم اليوم حوالي ٣.٥ ملايين يزيدون بمعدل ٢ في المئة في العام ، ويزيد هذا المعدل إلى ٢.٥ في المئة في العام بالدول النامية التي تمثل ثلثي مجموع سكان العالم . هذه النسبة إذا قدمت في صورتها العددية المجردة لكانت رقماً متواضعا ، ولكنها تعني أن العالم سيضاعف تعدادة في ظرف ٢٧ عاما . وإذا أردنا التحديد ، ففي عام ١٩٩٠ سيصل تعداد الهند إلى بليون لسة ، وتصبح باكستان ٢٥٠ مليوناً ، وإندونيسيا ٢٠٠ مليون ، والبرازيل ١٧٥ مليوناً ، والمكسيك ٩٥ مليوناً ، والفلبين ٧٠ مليوناً ، وتركيا ٧٠ مليوناً . وهذه سرعة في النمو السكاني لم تعرف لها البشرية مثيلاً في تاريخها .

وهناك بعض المفاهيم الخاطئة من أسباب هذا التزايد يجدر بنا أن نزيلها ؛ فالسبب الرئيس ليس ارتفاعاً طرأ في معدل التكاثر بقدر ماهو المهبوط في نسبة الوفيات ، وليس من الواضح تماماً ماهي العوامل التي أدت إلى هذا المهبوط ، ومدى أثر كل منها ، ولكن هناك ثلاثة منها تلعب دوراً هاماً بالتقدم الذي طرأ على وسائل المواصلات والإعلام ، وتحسن التغذية ، وتطبيق الوسائل الصحية للوقاية من الأمراض . وبالتالي اختل الميزان في الدول الثنائية ؛ فقد أدى التوازن الذي ساد في الماضي بين نسبة عالية من المواليد ، وبين نسبة عالية من الوفيات ، إلى معدل منخفض للتزايد السكاني . ولكن الوضع قد تغير الآن ؛ فأغلب هذه الدول تتمتع بمعدل مرتفع في نسبة المواليد ، ومعدل وفيات منخفض . وينتج عن ذلك معدل مرتفع في التزايد السكاني . ولنا أن نتوقع ازدياد المشكلة صعوبة مع التحسن المستمر في مستوى المعيشة والأساليب الصحية ، مما سوف يهبط بمعدل الوفيات في أجزاء كثيرة من أفريقية لاتزال تعاني من ارتفاع في وفياتها ، وهذه مشكلة أخرى يجب أن نضمها برامج تحديد النمو السكاني في حسابها للمستقبل .

وتوجد بعض الاعتقادات الخاطئة حول آثار الزيادة السكانية في الغذاء والكثافة السكانية ، فكثيراً ما ينظر إلى مشكلة تزايد السكان كسباق بين كمية الغذاء وعدد السكان ، أو بين المساحة المحدودة وعدددهم . وصحيح أن الغذاء المحدود والكثافة السكانية المتزايدة جزءان هامين من المشكلة ، ولكنهما ليسا كل المشكلة ؛ فقد استطاع العالم في الحقبة الأخيرة أن يتجنب مجاعات الماضي القاسية ، مما أدى إلى انخفاض في نسبة الوفيات . وبالإضافة إلى هذا ، ورغم أن المستقبل في عالم الغيب ، إلا أن لنا أن نكون أكثر تفاؤلاً ، نظراً للتطور الذي طرأ في الزراعة ، وتشهد آسيانورة زراعية ، فقد أصبحت الوسائل الزراعية الأكثر تطوراً في متناول العديد من الدول الفقيرة .

ولاريد أن أذكر أن ما زال أمام العالم شروط كثيرة ليقطعه حتى يوفر لسكانه جميعاً

غذاء كافيا ، إلا أن شبح مجاعات الماهي صار أكثر بعدا ، ومازال إطعام العدد المطلوب من البشر يمثل صعوبة حقيقية ، ولكنها ليست مستحيلة الحل على وجه العموم ، ولا تشكل المحور الأساسي لمشكلة تزايد السكان .

أما الكثافة السكانية ، وهي عدد السكان في مساحة معينة فهي الأخرى ليست المشكلة الأساسية ، وإن كان من اللازم وضعها في الحساب على المدى الطويل جدا ، فنحن نسكن كوكبا محدود المساحة والموارد . هل أن هذا التزايد السكاني يمثل مشكلة حقيقية في المجتمعات ذات الاقتصاد المغلق . وبالرغم من هذا ، وبتمبير اقتصادي ، فإن بعضا من أكثر مناطق العالم ازدهاما وثرى - الساحل الغربي للولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا الغربية - يتمتع بمستوى معيشة معقول جدا بالرغم من وجود مشكلات سببها التزايد السكاني ، ولكن المشكلة التي يسببها تزايد السكان أعمق وأكثر شمولاً ، فهي تتمثل في التآخر الشديد للنمو الاقتصادي بالدول الفقيرة ، وفي العبء الذي يلقيه تزايد السكان على ميزانية الدولة ؛ فهو يستهلك ما لا كان يمكن استخدامه في تطوير التعليم والقدرة الفنية والإنتاجية ؛ وهي أسس إنشاء الصناعة الحديثة التي تسهم في دفع مستوى المعيشة بكل ما يعني هذا لأهل البلد . ولذا نجد كثيراً من الدول النامية العالمة أن جهودها لبناء مجتمع صناعي حديث تذهب سدى لتزايد سكانها السريع ، فكل ما تستطيع هذه الجهود تقديمه هو إبقاء مستواها المعيشي كما هو بدلا من انخفاضه ، وقد نسبة زيادة السكان من ٢.٥٪ إلى ٣٪ . معدلا يشكل عبئا ثقيلا على برنامج إنماء يبدو صعبا منذ بدايته .

في مثل هذه الظروف الصعبة قامت الجهود التي ذكرت في هذا الكتاب . وتزايد تدريجيا عدد البلاد التي فطنت إلى مشكلة تزايد عدد السكان والتي بدأت في علاجها ، وعادة ما تكون البداية بعمل برنامج قوى لتنظيم الأسرة ينمو تدريجيا وبصورة واضحة .

وعادة ما يبدأ الضغط برسم سياسة الحد من التزايد السكاني في هيئة

التخطيط ، أو ما يشابه ذلك ، حين يفتن الاقتصاديون إلى الأمر المعوق لتزايد السكان في برامجهم الإنمائية . ولكن صيحة الإنذار قد تأتي من أماكن أخرى؛ ففي أمريكا اللاتينية أنت من الأطباء الذين أثار قلقهم تزايد نسبة الإجهاض ونتائجهم على الأفراد والمجتمع .

يعقب ذلك دعوة من الدولة لبعض الخبراء الأجانب المتخصصين الذين يقومون بمسح شامل للموقف السكاني ، ويوصون بتبنى سياسة لتنظيم الأسرة . وبعد قيام سياسة رسمية لذلك تبقى هناك صعوبات على مستويات الحكم العليا تتصل بالحساسيات السياسية (الحقيقية أو المتوقعة) .

ومنذ أن يبدأ العمل بالمشروع تتسلبه أيد طبية فيصبح تنفيذه مسئولية وزارة الصحة التي تربطه وبلا وثيقا بمراكز رعاية الطفولة والأمومة ، وتعهد لطبيب متمرس في الصحة العامة بإدارته . ويبدأ المدير عمله بالتعامل مع مشكلة تنظيم الأسرة كبند صحى آخر ، يضاف إلى العديد من الخدمات الصحية أو بإنشاء مراكز لتنظيم الأسرة ، أو قد يسلك الطريقين معا ، ولكن الطريقين يفتلان في الوصول إلى النتائج المرجوة ، وشيئا فشيئا يدرك المسئولون الحاجة إلى جهود أكبر لتكوين جهاز من المتخصصين ، وتوفير المواد والأدوات اللازمة ، وتوصيل المعلومات عن المشروعات إلى قاعدة أكبر من الشعب . في حين يعكف الأطباء على دراسة طرق منع الحمل لاستخدام أكثرها فاعلية وأمانا .

وبعد مدة ، تقصر أو تطول ، تبدأ ثمار الخطوة الإعلامية في الظهور ، وينمو اهتمام الجمهور بتحديد تسلم ، ويصعب ذلك التوزيع المجاني لوسائل التحديد . ويتم ذلك على أساس اختيارى ، بل قد يتم صرف بعض المكافآت التشجيعية . ثم ينشأ مركز لتقييم نتائج المشروع عندئذ . وبعد انقضاء بعض

سنتين من نقلة البداية تقام منظمة للإشراف على التنفيذ ، وعندئذ تزداد النتائج الإيجابية وضوحا .

وتطبق هذه السياسة الناجحة في حوالي ثلثي عالمنا المتطور الحالي . وقد بدأت حركة تمديد النسل في آسيا ، وفي هذه القارة لقيت أكبر نجاح لها ، فإن ٨٠٪ من سكانها يقطنون بلدا تبنى سياسات لتنظيم الأسرة ، وهي نسبة عالية جدا إذا قورنت بالبلاد التي تقوم بإنشاء مراكز تنظيم الأسرة في أمريكا اللاتينية وأفريقية الذي لا يتعدى ١٥ ٪ - ٢٠ . وفي الحقيقة - ولعل في هذا شيئا من التناقض للفرير - لم تكن الدول النامية صاحبة المعدلات العالية في التزايد السكاني هي أولاها في تبني سياسة تنظيم الأسرة ، فالواقع أن أكثرها تزايداً ، وبالذات في أفريقية ، هي أبغرها في التحرك نحو تنظيم الأسرة .

أما تلك الدول الكبيرة ذات المستوى الثقافي الأعلى فقد سارعت إلى اتباع برامج لتنظيم الأسرة . وفي إحصاء بسيط نجد أنه بين ١٣ دولة نامية يزيد تعداد كل منها على ٢٥ مليون نسمة ، يطبق أغلبها سياسة رسمية لتنظيم الأسرة ، هذا ثلاث دول : أولاها بلد كاثوليكي هو البرازيل ، وثانيتهما نيجيريا (*) التي تتعرض لبعض العقلاقل السياسية ، والثالثة دولة أرثوذكسية من المجتمع العالمي ، وهي بورما . أما الدول الصغيرة التي تبنت برامج لتنظيم الأسرة فكان معظمها من الجزر الصغيرة ، ويبدو أن الخوف من أن يحدوا أنفسهم في البحر يوما ما بسبب الزحام ، قد أثر تأثيراً إيجابياً في مدى استجابتهم .

من هذا نرى أن الدول التي تفتتح سياسة تنظيم الأسرة قد بدأت السير في طريق المدنية الحديثة التي تعني فيما تعني مزيداً من التعليم ، ودخلاً أكبر

(*) نذكر الكتاب بالإنجليزية إبان حرب الانفصال بين الحكومة المركزية وبيافرا (الترجم)

ووفيات أقل . وقد خدمت هذه السياسة كل بلد طبقا في تحركه للانضمام إلى العالم المتمدن . والواقع أن سياسة تنظيم الأسرة جزء لا يتجزأ من هذا التحرك . ولعله يجدر بنا أن نتذكر أن المسافة بين البرنامج المناسب وبين تطبيقه التطبيق السليم ليست قصيرة على أى حال بسبب بعض العقبات التي تلقاها سياسة تنظيم الأسرة من القيادات السياسية والثقافية والعلنية . ولكن على المرء أن يتوقع دائما صعوبات مالية وتنظيمية ، بل وشخصية ، حين يدور مشروع ضخم كهذا في حصة البيروقراطية ، ولعل هذا ما جعل المراقبين راضين عن التقدم في تطبيق البرنامج بالرغم من بطئه بسبب العقبات الدينية والأدبية والسياسية . إن إدخال فكرة جديدة لها هذا القدر من الحساسية في مجتمع تقليدي يعاني نقصا في الثقافة وفي الإرشاد ، ليعده محلا لضخما يتطلب جهدا كبيرا ومستمرًا لإنجاحه .

ويجدر بنا أن نشير إلى حداثة مشروعات تنظيم الأسرة عموما . فكل ما ذكره هذا الكتاب لا يتعدى تاريخه الستينيات ، بل إن أغلبية تم بعد سنة ١٩٦٣ . إذن فالعالم ما زال في المراحل الأولى لطريق طويل بطبيعته . وصحيح أن الكثير من الأعمال قد تم تنفيذه ، ولكن ما ينتظر التنفيذ أكثر جدًا .

فما الذي تم تنفيذه ؟

أولا : زاد الوعي العالمي بمشكلات تزايد السكان ، ولا يظهر هذا جليا في البلاد النامية فقط ، بل وفي البلاد الغنية أيضا . فقد أدرجت السويد والولايات المتحدة الأمريكية خدماتها في التزايد السكاني ضمن برامج مساعدتها الخارجية ، ثم امتد الوعي إلى وكالات الأمم المتحدة المتخصصة ، فشمل منطقة الصحة المالية التي أصبحت تضم وحدة تعمل على رسم برنامج لتنظيم الأسرة بعد أن كانت منذ عشر سنوات ترفض الإسهام في أى مجهود بهذا المجال ، بل إن مكتب مشكلات السكان بالأمانة العامة للأمم المتحدة صار يشارك في المجهودات المالية ، حتى إن الأمين العام قد تحدث في ديسمبر ١٩٦٧ مهتئا

بالبیان الذی اشترك فيه زعماء العالم مبدئين أهمية بحوث السكان وتنظيم الأسرة، وقد وقع على هذا البيان رؤساء حكومات ٣٥ دولة لهم عقائد سياسية مختلفة . أما الكنيسة الكاثوليكية فقد أصرت على موقفها التقليدى الرافض ، وإن شاب هذا الرافض بوادر تدمير بين صفوفها . كما اقتنع مثقفو العالم بمدى أهمية مشكلة تزايد السكان ، وما قد تؤدي إليه من مضاعفات في المستقبل ، من كل ذلك نرى أن اهتمام الشعوب بمشكلة تزايد السكان قد ازداد بسرعة شديدة في فترة قصيرة نسبياً ، وكان لهذا الاهتمام المتزايد أثره فيما تلا ذلك من خطوات .

ثانياً : تبنت حوالي العشرين دولة في القارات الثلاث المتقدمة برامج لتنظيم الأسرة تشمل تحديد النسل . ولايسع المرء إلى أن يقدر رؤساء حكومات هذه البلاد لشجاعتهم ونظرتهم الصائبة للمستقبل حين يعالجون مثل هذا الموضوع ذى الحساسية السياسية والدينية . ولعل في هذه الحساسيات ما سبب البطء بعض الشيء في تنفيذ مثل هذه البرامج ، وأدجها كجزء من الخدمات الصحية للطفولة والأمومة . وكان اهتمام الحكومات ونشاطها الإيجابي في مجال تنظيم الأسرة تطوراً هاماً جداً ، فنشاط القطاع الخاص لا يكتفى ليصل تنظيم الأسرة إلى هدفه المنشود . ويكنى هنا أن نقارن بين هبوط نسبة المواليد في الغرب حالياً والذي تم بموافقة ورعاية الحكومات ، وبين هذا الهبوط الذى حدث منذ زمن بعيد جداً بالدول الغربية رغم اعتراضات الهيئات الحاكمة حينذاك .

ثالثاً : الثورة التي طرأت على وسائل منع الحمل ، مثل اكتشاف أقراص منع الحمل والقرولب ، وماجد عليها من تحسينات . وبقدر ما كان لهذه الموانع من فوائد كبيرة في حد ذاتها فقد شجعت العاملين بحقل تنظيم الأسرة على تنظيم جهودهم حتى يمكنهم الاستفادة مما يمكن أن يقدمه علماءهم الباحثون . فالترغيب والخبرة الفنية يسيران جنباً إلى جنب ، ويستفيد هذا بتفوق وامتنياز ذاك ، صحيح أن في إمكان أى مانع حديث الحمل أن يقدم لنا نتائج طبية في

هذا المجال ، بالرغم من عدم اتساع قاعدة استهلاكه ، إلا أن تحسين مثل هذه الوسائل المانعة مطلوب دائماً لزيادة الفاعلية والانتشار .

رابعاً : فيما يتعلق بالرقيب في تنظيم الأسرة فقد أكدت الكثير من الدراسات في هذا الموضوع أن هناك نسبة ذات وزن من سكان العالم النامي تهتم وترحب بتحديد حجم أسرها ، وهذه حقيقة تدعو إلى الدهشة ، حتى إن البعض لم يقتنع بها حتى الآن على ضوء ما توارثنا من اعتقاد بأن فكرة تنظيم الأسرة ليست بالشيء ثاقباً وتقبلاً في مجتمع زراعي تقليدي تهتم كل أسرة فيه بالإكثار من عددائها - تصمد أمام ارتفاع نسبة الوفيات . وعلى ذلك يقبل السكان على تحديد النسل ، وبالذات في الأسر التي تنوء بحمل عدد متزايد من أفرادها ، بل لقد أثبتت البحوث الميدانية أن كثيراً من السيدات يبدأن - على الأقل - في اتباع طرق منع الحمل بمجرد أن تصالهن المعلومات والخدمات والأدوات بطريقة مناسبة ومقبولة ، وتشابه الحوافز التي تحث على تحديد النسل في الريف ، وفي المدينة القريبة . وتتأصص في الرغبة في توفير مستوى اقتصادي مناسب للأسرة ولإيجاد فرص للتعليم لأفرادها . وبالإضافة إلى هذا كله ، الحد من النسبة العالية للإجهاد غير القانوني يختلف أنحاء العالم .

خامساً : ازداد حجم الخبرات والمعلومات التي تتصل ببرامج تنظيم الأسرة . كما زاد عدد البرامج القومية التي تهدف إلى الحد من النسل ، مما أدى إلى زيادة في العاملين المدربين بهذا المجال . وتوافرت الوسائل التثقيفية والإعلامية بصورة ساعدت على نشر الوعي التنظيمي بين مختلف الشعوب . وقد استمانت الهيئات القائمة على تنفيذ المشروعات ببعض التجارب الميدانية التي أسهمت نتائجها في توجيه القرارات التي اتخذتها هذه الهيئات ، وهذا يحدث تطوراً بطيء ، ولكنه أكيد نحو خطط أكثر كفاية للحد من الانفجار السكاني على المدى القصير والمدى البعيد .

سادسا وأخيرا: ظهرت أولى الآثار في البلاد التي تتمتع بظروف حسنة
نسيما مثل فورموزا وكوريا . ففي فورموزا حيث تتوفر الإحصائيات السليمة ،
أحرز البرناردج تقدما واضحا ظهر في شكل انخفاض ملموس بمعدل التزايد
السكاني . (٢) أما في كوريا ، حيث يصعب الحصول على مثل هذه الإحصائيات ،
فقد تأكد نفس الأثر بطرق غير مباشرة . لذا فقد بات واضحا أنه بالإمكان
التقليل من معدل التزايد السكاني بجهود منظم اختياري . كما أضاف التطور
الزراعي أملا آخر .

د سيتطور الفلاح الأسبوي ، ويحدد نفسه متى وجد أن هذا في مصلحته .
وقد يجد الداعي إلى تنظيم الأسرة بعض المصاعب حين يحاول اقتحام سياج
التقاليد الذي صنمه للفلاح . ولكنه يجب ألا ييأس . فكلما تعلم الفلاح أنه
يستطيع التحكم في مستقبله ومصيره ، صار أكثر تقبلا لفكرة تنظيم الأسرة
وغيرها من الأفكار الجريئة .

ومن الطبيعي أن يكون لما ينفذ من مجهودات في هذا المجال ردود فعل
عديدة . فكلما زادت الإنجازات أثيرت التساؤلات في مواضع مختلفة ،
ووجدت الإجابة .

فمثلا : أثارت العلاقة بين التزايد السكاني والنمو الاقتصادي اهتماما كبيرا .
فقد رأى بعض الباحثين التقليل من قيمة الضغوط السكانية على الاقتصاد .
ولكن علماء الإحصاء السكاني الذين كانوا يؤمنون إيمانا جازما بالوضع
الاقتصادي المشكك أثاروا بعض التساؤلات عن مدى استطاعة برامج تنظيم
الأسرة الحالية النجاح في هدفها .

والجواب على هذا السؤال يتوقف على ما يعبئ بكلفة النجاح . إذا كان
النجاح المقصود هو الوصول إلى الحد تماما من التكاثر السكاني في الدول
النامية قبل نهاية القرن العشرين ، فسوف يكون الجواب بـ لا ، قطعاً . ولن

يعيب ، لذا سياسة تنظيم الأسرة الحالية ، فسوف يكون هذا مصير أى سياسة أخرى بديلة .

أما إذا كان النجاح يعنى قدرة البرامج على القيام بمجهود ملموس نحو وضع هذه المجتمعات الريفية على طريق سليم يصل بها يوماً إلى تبني سياسة عامة لتحديد النسل — وهى خطوة هامة وحاجلة في حد ذاتها — فن الممكن اعتبار أن هناك بعض النجاح في السنوات القصيرة التي طبقت فيها برامج تنظيم الأسرة .

والهدف الأول من برامج تنظيم الأسرة في بلد نام هو النزول بنسبة الزايد السكان من ٤٠ — ٥٠ مولود في الألف كل عام (أو أكثر) ، إلى ٢٥ مولوداً في الألف في العام . ولو تحقق هذا الهدف لسكان إنجلترا كبيراً ، بل تاريخياً .

أما الهدف الثاني — فهو الوصول بهذه النسبة إلى معدلات الدول الغنية ، أى ما يقرب من ١٨ — ١٩ مولوداً لكل ١٠٠٠ نسمة . وحين يتحقق هذا الهدف يكون العالم كله قد أصبح في موقف آخر تماماً من ناحية الكثافة السكانية .

وعلى مدى هذا التعريف للنجاح يكون من الأوفق أن نسال : و رأى للبرامج يحقق هذا النجاح ؟ . فالبرامج الحالية تركز على البداية لوسائل منع الحمل ، وسهولة الحصول عليها أكثر من إقناع الأهالى بأن يكون مثلهم الأهالى للمنشود هو أسرة أقل عدداً ، على أن الاهتمام قد بدأ يتحول إلى الهدف الثاني كما يظهر من دعوة الحكومة الهندية للتوقف بعدد أطفال الأسرة عند طفلين .

وكان التأكيد على مساعدة الأسرة على تجنب المولود غير المرغوب فيه ، مما سوف يؤدى بالتالى إلى الحد من تزايد السكان ، فالعدد المطاوب من الأطفال يكون عادة أقل من الموجود فعلاً . ولكن بعض المنتقدين لهذه الخطة يقولون إن هذا لن يقلل من نسبة التزايد كثيراً ، بل ستركها عالية أكثر من اللازم .

ولذا كان المحور الأساسى للبرامج الحالية هو توفير عدد كاف من موانع

الحل حتى يمكن مد لشا طها في اتجاهين : أولهما نحو مشاركة المزيد من الأفراد سواء من الجدد أو من استخدموا موانع الحمل من قبل . وثاني هذين الاتجاهين هو بث المثل التي تحبذ الحجم الأصغر للأمره بين أفراد المجتمع ، ويساعد على ذلك تحول المؤثر الاجتماعي إلى اتجاه يعزز مبدأ تحديد النسل وتنظيم الأسرة .

على أن أم سؤال يطرح نفسه الآن في مواجهة الانتقادات للبرامج الحالية هو : هل من الممكن تقديم برامج أقوى أثرا في ظل الظروف السياسية السائدة .

وهو سؤال لم يستطع ، حتى أكثر ناقدى البرامج الحالية ضراوة ، أن يقدم إجابة واقعية له يمكن تنفيذها في المستقبل الغريب .

وهناك اقتراح يتردد أحيانا داهيا الحكومات إلى سن القوانين التي تحدد من النسل ، وإذا تركنا جانبا الصعوبات الأخلاقية والتنفيذية الكبيرة التي تقف في وجه مثل هذا الاتجاه القسرى ، فنلصص تحيل وجود حكومة تتحمل سياسيا مسئولية مثل هذا القرار ، ثم تبقى بعد ذلك في الحكم .

واقتراح آخر يستخدم بحماية التعليم كسلاح للحد من النسل . فهو يطالب بتحديد المجانية لأول ثلاثة مواليد . وهو اقتراح قد يؤدي في المدى الطويل إلى تدهور في مستوى التعليم ، وهى نتيجة سيئة في حد ذاتها إلى جانب ما سوف تؤدي إليه من نقص في الوعي بتنظيم الأسرة بين مجتمع أكثر جهلا . وعلى العموم فهذا الاقتراح وأمثاله لن يؤدي إلا إلى معاقبة أطفال أرباء بذهاب لم يرتكبوه .

ولنأخذ مثالا آخر : فطنت الدول النامية إلى ما لرفع سن الزواج من أثر في التقليل من عدد المواليد . ولكن كيف نصل إلى هذا الرفع ؟ والسؤال الهام : هل يقدم لنا رفع سن الزواج نفس الفائدة التي يقدمها الجهد الفعال لتنظيم الأسرة ، في نفس المدة المتاحة ؟ والجواب المعقول لهذا هو أن

الاتجاهين مكلان ، وليس منافسين بعضهم البعض . فتنظيم الأسرة يؤدي في النهاية إلى قيام أسرة أكثر تحملاً يقبى أفرادها فكرة الزواج المتأخر نسبيا . ومن الناحية الأخرى فإن رفع سن الزواج يحدث تغيرات اجتماعية جذرية تنفع رأيا عاما أكثر ترجيحاً بتنظيم الأسرة .

وفي النهاية فإن التغيرات الاجتماعية الجذرية تساعد كثيراً على تحقيق سياسة تحديد النسل ، ولعل أهم هذه التغيرات هي اتساع قاعدة التعليم الشعبي ، وزيادة مشاركة المرأة في العمل ، وتحررها بوجه عام . هل أن هذه التغيرات ليست سرية الحدوث ، كما أنها تتطلب استثمارات أكبر كثيراً مما يتطلب برنامجاً لتنظيم الأسرة . وفي نفس الوقت أحدثت البحوث الحديثة بعض الاهتزاز في الاعتقاد الراسخ بأثر هذه التغيرات الاجتماعية في تحديد النسل .

ولقد أوضح هذا الكتاب مدى الجهد الكبير المبذول لتطوير برامج تنظيم الأسرة . ولكن مشكلة هذا الحجم تدهو إلى سلوك كل طريق يسهم في حلها متى كان واقعياً ومؤثراً . يساعدني ذلك النجاح الكبير الذي حققه إنتاج موانع الحمل التي تشكل جانباً أساسياً في كل برنامج قد يقترح في المستقبل .

هل أن أي جهد يبذل في هذا الميدان ، يجب ألا يغفل عن الحقائق السياسية والاجتماعية في عالمنا المعاصر ، ومنها ألا يقدر الساسة أو النخبة المثقفة ، الوزن القوي لضغط الرأي العام قدراً كاملاً ، ولذا لا يشجعون الإجراءات المتشددة . ومهما أيضاً روح لشك لنى تواجه المساعدات الفنية الخارجية كنوع من الإمبريالية ، أو الاستعمار الجديد .

ومن تلك الحقائق : النقص في الأجهزة التنفيذية ووسائل الإعلام مما يجعل تنفيذ المشروعات الكبرى أكثر صعوبة ، وقلة لفنيين والاعتمادات اللازمة .

في مواجهة كل هذه الصعوبات لا شك أن مجرداً كبيراً قد بذل حتى

وصلنا إلى الموقف الحالى فى مثل هذه الفترة القصيرة ، وفى وجود المعتقدات والآراء القديمة البالية .

وكما يعلم أى عطل اجتماعى ، فإن شوطا طويلا يفصل بين الافراح المثل وبين تنفيذه .

وعلى الرغم من صحة رأى الذى يقول بضرورة حدوث تغيرات اجتماعية واسعة قبل أن يحدث تقبل أوسع لمبدأ تنظيم الأسرة، وقبل أى هبوط محسوس فى نسبة المواليد ، إلا أن برامج تنظيم الأسرة المحدودة حالياً تؤثر بلا شك فى الوضع الاجتماعى المحلى . لم ينظر إلى مبدأ تحديد النسل كفكرة حيوية وهامة إلا منذ سنوات معدودة ، واحتاج لشراها إلى شجاعة ، وبعد نظر ، وقيادة حكيمة وسوف يؤدى التقبل المتزايد لمكرة تنظيم الأسرة إلى التحميل بالتغيرات الاجتماعية المطلوبة ، ومنها تحسين وضع المرأة فى المجتمع . ومثل هذا الترابط بين تنظيم الأسرة والأوضاع الاجتماعية لا يعدو أن يكون شيئاً طبيعياً فى مجتمع يتغير ويتطور .

أما المجهودات التى تستهدف تطوير حالة المجتمع ، مؤدية إلى تحديد النسل ، فهى لا تعارض بالضرورة مع جهود تنظيم الأسرة الحالية . وما تحتاج إليه اليوم هو برامج أوسع شمولاً يقوم بتنفيذها مواطنو كل بلد بأنفسهم .

هل أن هناك الكثير من المجهود الذى يجب أن يبذل لحل مشكلة هذا المجمع . وكثيراً ما يحول خبراء الإحصاء السكان الأناظر عن التماسه الإنسانية ، والمجهل ، والمرضى ، والانهلال هؤلاء هم الخبراء الذين يحيطون بمشكلة تزايد السكان ، ولكنها مشكلة إنسانية ، وليسها أعداداً مجردة ، مشكلة تمس فى حقيقتها نوعية حياة الإنسان ، والموضوع ليس امتلاء دولة ما بالسكان إلى أقصى حد تسمح به مساحتها ، فهذا ما لم يحدث فى أى قطر بعد ، ولكن المشكلة هى نوعية الحياة التى نطلبها للإنسان فى المستقبل : تعليمه وثقافته ، صحته وغذائه .

وممكنه وعمله ، ومستوى معيشته وقدرته على إشباع احتياجاته . وإذا كان هذا هو هدفنا فلا بد من نظرة جديدة لمشكلة تزايد السكان بالعالم .

وقد لا يستطيع العالم حل هذه المشكلة في الجليل القادم ، ولكن يبدو أنه سيكون في طريقه إلى التخفيف من ثقلها . وموضوع هذا الكتاب يبدو كحركة تاريخية ، ولها ككل حركة من هذا النوع انتصاراتها وهزائمها ومشكلاتها ونجاحاتها .

هل استطاع الجزء الخاص بتنظيم الأسرة في برامج الحد من تزايد السكان ، تحقيق أهدافه في هذه الظروف الدولية السائدة ؟ أم أنه يصح كفكرة منفصلة تسهم مع مجهودات أخرى في حل هذه المشكلة ؟ مهما تكن الإجابة التي سوف يقدمها لنا المستقبل ، فإن كل المراقبين الذين ذكرناهم هنا يجمعون على أن ما يبذل اليوم من جهد هو بحق فرع كبير في تيار تاريخي جارف نحو الحرية والكرامة للإنسان .

ملحوظات :

- (١) انظر « لستر » براون « الثورة الزراعية بآسيا » في مجلة الشؤون الخارجية . يوليو ١٩٦٨ ص ٦٨٨ - ٦٩٨ .
- وكذلك « اتجاهاات جديدة في الزراعة بالعالم » ، في دراسات في تنظيم الأسرة عدد ٣١ ، يونيو ١٩٦٨ .
- (٢) اقتبس هذه المقاطع من بحث « البرامج العالمية لتنظيم الأسرة » ، ماهو موقفاً . وقد أعد هذا البحث لجامعة ميشيغان ، نوفمبر ١٩٦٧ .
- (٣) انظر روبرت . ج . بوتر وآخرين (برامج تنظيم الأسرة في فورموزا) مجلة العلوم . ٢٤ مايو ١٩٦٨ ص ٨٤٨ - ٨٥٣ .
- (٤) انظر : براون . و . مجلة الشؤون الخارجية . صفحة ٦٩٤ .
- (٥) مثلاً : مقال سيمون كوزنيتس « النواحي الاقتصادية لتحديد النسل بالبول النامية » . مقال أعد لجامعة ميشيغان . نوفمبر ١٩٦٨ .
- أو مقالة « النمو السكاني وأثره في النمو الاقتصادي » . محاضر الجمعية الأمريكية للفلسفة الاجتماعية ، عدد ٢٢ يونيو ١٩٦٧ ص ١٧٠ - ١٩٣ .
- وكذلك مقال كولن كلارك « النمو السكاني والأرض المتاحة » . في كتاب مطبعة سان مارتين بنيويورك . ١٩٦٧ .
- (٦) انظر كنجولي دافيز « السياسة السكانية ، هل تنجح البرامج الحالية » مجلة العلوم - ١٠ نوفمبر ١٩٦٧ - ص ٧٣٠ - ٧٣٩ .
- (٧) انظر : أسلي . ج كول « العوامل التي تصاحب انخفاض معدلات التكاثر : ملخص تاريخي » .

مؤتمر الإسكان العالمى الثانى . ١٩٦٥ - ص ٢٠٥ - ٢٠٩ .
وكذلك مقالته « انخفاض معدلات التكاثر فى أوروبا منذ الثورة الفرنسية
حتى الحرب العالمية الثانية » مقالة لجامعة ميثيجان - نوفمبر ١٩٦٧ .

(٨) تكثف برامج تنظيم الأسرة الصعوبات حتى فى أمريكا كما يؤكد
تقرير بعنوان « القانون كأداة لتحديد النمو السكانى » الدكتور هومر . ه .
كلارك الابن - أستاذ القانون بجامعة كولورادو .

لشرى : مجلة جامعة كولورادو للشئون القانونية : ١٩٦٨ - ص ١٩٨
وفيه يقول :

... ما هى الوسائل الاجتماعية الممكنة للحد من التزايد السكانى وأثره
الضار؟ لعل أم أداق فى بلد يهتم بالقانون كأمريكا... هى القانون نفسه ولكننا
حيث نبحث عن حل قانونى للمشكلة نجد غير متيسر لسبب أو لآخر . إما
لمعارضة جانب كبير من المواطنين له ، وإما لمخالفته لامتداداتنا فى الحرية
الشخصية ، وإما لعدم دستوريته . ونحن نطرح الحلول الممكنة أمامنا لانكاد
نظفر إلا بل جزئى جدا فى شكل قانون يسمح بمواعم الحمل ويشجع على توفيرها ،
وعلى الدعاية لها . ولا يمكن تقديم أى قانون أقوى إلزاما من هذا . ويبدو أنه
لا بد من حملة تعليمية واسعة النطاق حتى يمكن الوصول إلى التغيرات
الكبيرة المطلوبة .

كشاف تحليلي

(١)

Planned Parenthood - World	الأبوة المنظمة لسكان
Population,	العالم ٢٠٠
International Planned	الاتحاد الدولي للأبوة المنظمة، الاتحاد
Parenthood Federation (IPPF)	العالمي لتنظيم الأبوة، ٣٨،٢٥ ، ٦
	— ٦٢ ، ٧٤ ، ١١٩ ، ١٧٧ ،
	١٨٨ — ١٩١ ، ٢٩٨ ، ٢٢٣ ،
	٢٢٥ ، ٢٣٥ — ٢٤٥ ، ٢٥٢ ،
	٢٥٥ ، ٣٧
Soviet Union	الاتحاد السوفيتي، ١٩٧، ٢٧٩، ٢٨٢ ،
	٢٨٤ ، ٢٦٦
Planned Parenthood Federation of America	اتحاد تنظيم الأبوة في أمريكا ٢٠٠ ،
	٢٠٢
Vasectomy performed in	إجراء قطع الوعاء الناقلي ، القناة
	المنوية المعلقة ، ٣٧ ، ٣٩ .

Abortion ,induced	الإجهاض (السقط) المتعمد
in Chile	في شيلي ١٨٩٠ - ١٩٢٠
in Japan	في اليابان ١٧ - ٢٠ ، ٢٢ ، ٢٤
	٢٨ - ٣٠ ، ٢٧٩ ، ٢٨٠
in Tunisia	في تونس ١٢٨
in Turkey	في تركيا ١٢٢
in United States,	في الولايات المتحدة ١٩٥ - ١٩٨
Post - ovulatory events,inter-	أحداث ما بعد
ference with	التبويض - التداخل بها ٢٦١ - ٢٧٢
Service Statistics	إحصائيات الخدمات ٢٩٧
Adil ,Enver	أديل ، إيفر ١٠٧ - ١٢٠
Netherlands	الأراضي المنخفضة (هولندا) ٨ ،
	١١٩ ، ٢٧٤
Argentina	الأرجنتين ١٨٢ - ١٨٧ ، ٢٧٩
Jordan	الأردن ٨ ، ٢٤٤
Ehrlich, Professor,	الأستاذ إهرليس ١٢٥ ، ١٣٦
Australia	أستراليا ٨ ، ١٨٤ ، ٢٥٥ ،
	٢٨٢ ، ٢٨٤
Africa	أفريقيا ١٢ ، ٢٨٢ ، ٢٨٥ ، ٣٠٦ -
	٣٠٩ ، ٢٢٩ - ٢٤١ ، ٢٦٠ ، ٢٦٤
	٢٦٧ ، ٢٨٠

Pills, see oral contraceptives	الأقراص أنظر موانع الحمل الفموية
Tablets, as contraceptives	الأقراص كموانع الحمل ١٠١، ٧٥، ٢٩٨، ٢٨٤، ٢٧٦، ٢٤٢، ١١٦
National Academy of Sciences	الأكاديمية الوطنية للعلوم ١٩٥
Germany	ألمانيا ١٩٧، ٢٧٩، ٢٨٣
IMES	١. م. ١. س. ٣٢٩
Latin America	أمريكا اللاتينية، ١٨٠، ١٨٣-١٨٦، ١٨٨، ٢١١، ٢٨٢-٢٨٦، ٣٠٨، ٣٢٩، ٣٤٠، ٣٤٤، ٣٥٣، ٣٨٢
United Nations	الأمم المتحدة، ٧، ١١٨، ١٨٤، ٩٥، ٣٢٥، ٣٣٤، ٣٣٦، ٢٣٨، ٢٤٢، ٢٤٧، ٣٥٥، ٣٦٣، ٣٧٢، ٣٧٣، ٣٨٤
England, see United Kingdom	انجلترا انظر المملكة المتحدة
Indonesia	إندونيسيا ٨، ١١، ١٨٣، ٣٨٨، ٣٠٠، ٣٢٧، ٣٤٤، ٣٧٩
Population explosion	الانفجار السكاني ٣، ١٨٠، ٢٢٠، ٣٧٩
Specific types of contraceptives	الأنواع الخاصة من موانع الحمل
Enovid	إنوفيد ١٥٩
Udall, Stewart	أودال ؛ ستوارت ١٩٥

Europe	أوروبا ٢٨١، ٣٤١، ٣٣٦
Contraceptives used in	موالغ الخلل المستعملة في ٢٨١،
	٢٨٥، ١٨٤
Uruguay	أوروغواي ٢٧٩، ١٨٥، ١٨٣
Oceania	أوشينيا (استراليا ومجموعة الجزر
	حولها) ٢٨٢
Iran	إيران ٣٣٠، ٢١١، ١١، ٨
Italy	إيطاليا ٢٧٩
Barbados	باربادوس ٣٤٣، ١١، ٨
Pakistan	الباكستان ٨، ٣٧، ١٠٧، ١٢٠ —
	٣١٧، ٣٢٧، ٢٣٠، ٢٣٩، ٢٤٩
	٣٥٣، ٢٧٩
American consultants in	المستشارون الأمريكيون ١١٦
area of	مساحة ١٠٧
birth rate in	معدل الولادة ١٠٩، ١١٢
contraceptives used in	موالغ الخلل المستعملة ١١١، ١١٢،
	١١٥، ١١٦، ١١٨، ١١٩،
East	٢٨٢، ٣٥٩
in	الشرق ١٠٧، ١٠٨، ١١٣، ١١٧ —
	١٢٠
	٢٩٨

family-planning programs	٢٠٠، ٢٩٥، ٢٨٨
	٢٤٣، ٢٥٢، ٢٥٨، ٢٦٥، ٢٦٦
	٢٧٠، ٢٧٢
Five-Year Plans in	الخطة الخمسية ١٠٨ — ١١٢، ١١٦ —
	١١٩، ٢٥٩
illiteracy in, wide-spread	انتشار الجهل
and international co-operation	والتعاون الدولي مع برامج تنظيم
with family-planning program	الأسرة ١١٨
irrigation system in	نظام الري ١٠٧ — ١٠٩
Planning Commission in	مكتب التخطيط ١٠٨، ١١٢
Population Council in	مجلس السكان في ١١٩
post-partum program in	برامج ما بعد الولادة ٢١١
research organizations in	مؤسسات الأبحاث ١١٧ — ١١٩
Swedish consultants in	المستشارون السويديون ١١٩،
	٢٥٦، ٢٥٩ — ٢٦٠
and training of workers for	وتدريب العاملين في برامج تنظيم
family-planning programs	الأسرة ١١٧ — ١١٩،
West	الغرب ١٠٧، ١١٣، ١١٤، ١١٨،
	١١٩، ٢٥٩

(ب)

Bhatia, Dipak

باحثا ذلك ٨٩ — ١٠٥

Research, bio-medical	البحوث البيولوجية الطبية ٢٥٥
	٢٥٨ —
Bio-medical research	البحوث الطبية الحيوية ٢٥٥ - ٢٥٨
Brazil	البرازيل ١٨٣ ، ١٨٨ ، ٢٢٦ ،
	٢٧٩ ، ٣٨٣
Family-planning program (s)	برامج تنظيم الأسرة ٨ ، ٩ ، ١٤ ،
	٢٨٧ - ٣٠٢ ، ٣١١ - ٣١٣
administration of	إدارة ٢٩٠ ، ٢٩٤ - ٢٩٨
in Chile	في شيلي ١٨٠ ، ١٨٣ ، ١٨٨ ، ١٩٢ ، ٣٧٢
clinical instruction in, general	التعليم الإكلينيكي عامة ٢٢٤ - ٢٢٦
cost of	تكاليفه ٢٨٧ - ٢٨٩ ، ٢٩٨ ، ٣٠٢
foundations, assistance to	مساعدة المؤسسات ٢٢٦ - ٢٢٧
and health of mother and	وصحة الأمومة والطفولة ٢١٣ - ٢١١
children, (see also Maternal	انظر أيضاً خدمات الأمومة والطفولة
and Child Health services)	
in India	في الهند ٩٢ - ١٠٥ ، ٢٨٨ ، ٢٩٠ ،
	٢٩٥ ، ٣٠٠ ، ٣٠١ ، ٣٤٣ ،
	٣٥٢ ، ٣٦٦
in Jamaica	في جاميكا ١٦٤ - ١٧٦
in Japan	في اليابان ٢٠ - ٢٧

in Malaysia	في ماليزيا ٧٠-٥٩
ordering supplies and equipment for	طلب المعدات والإمدادات ٢٩٣-٢٩٥
in Pakistan	في باكستان ١٠٨-١٢٠ ، ٢٨٨ ، ٢٥٥ ، ٣٠٠ ، ٣٠١ ، ٢٤٣ ، ٣٥٢
and population control	والتحكم في السكان ٣٧٩
professions required in	المهن المطلوبة ٢٢٥ - ٢٢٧
Puerto Rico	في بورتوريكو ١٥٢ - ١٦٢
and religion	والدين ٢٨٩
resource base for	أساس المصادر ٣٢٥ - ٣٢٧
in Singapore	في سنغافورة ٧١ - ٨٨
in South Korea	في كوريا الجنوبية ٣٧-٢٨٨ ، ٢٩٠ ، ٢٩٤ - ٢٩٨ ، ٣٠٠ - ٣٠٢
Staff hired for	العاملون المأجورون ٢٩٣
in Taiwan	في الصين الوطنية ٤٧ ، ٥٨ ، ٢٩١ ، ٢٩٥ ، ٢٩٧ ، ٣٠٠ ، ٣٠١ ، ٣١٣ ، ٣٨٧
targets for	الأمم ٢٩٠ ، ٢٩٢
in Thailand	في تايلاند ١١ ، ٢١١ ، ٢٨٣ ، ٢٨٥ ، ٣١٠

in Tunisia

في تونس ١٣٦ - ١٥٠ ، ٣٤٤

٣٥٣ ، ٣٧١

in Turkey

في تركيا ١٢١ - ١٣٣

in United States

في الولايات المتحدة ١٩٣ ،

٢٠٠ - ٢٠٤

World, United States con-

مساهمات الولايات

tribution to see also

المتحدة العالم ٣٦٧ - ٣٧٣

contraceptives

أنظر أيضا موانع الحمل

Co-operative statistical

البرنامج الإحصائي التعاوني لتقييم

program (CSP), for evaluation

المراتب ١٥٩ ، ٢٤٥ ، ٢٤٩ ، ٢٥٢

of IUD

International post-partum

البرنامج الدولي لتنظيم الأسرة بعد

family-planning program

الولادة ٢١١

Dade county (Florida)

برنامج تنظيم الأسرة

family - planning program

لمقاطعة داد (فلوريدا) ١٧١

Post - partum program

برنامج ما بعد الولادة ٢٠٧ - ٢٢٣

٢٤٠ ، ٢٣٧ ، ٣١٢

in Chile

في شيلي

in India

في الهند ٢١١

in Japan

في اليابان ٢١١

in Pakistan

في باكستان ٢١١

٤٠٢

in Puerto Rico	في بورتوريكو ١٩٥٤ ، ١٩٥٥ ، ٢١١
in Singapore	في -سنگافورة ٧٨ - ٨٢ ، ٢١١
in Tunisia	في تونس ١٥٠
in Turkey	في تركيا ٢١١ ، ٢١٣
in United States	في الولايات المتحدة ٢١١
Puerto Rico	في بورتوريكو ١٥١ - ١٦٢
birth rate in	معدل الولادة ١٥١
contraceptives used in	موانع الحمل المستعملة ١٥٤ ، ١٥٦ ، ١٦١
family - planning program in	برامج تنظيم الاسرة ١٥٢ - ١٦٢
Health Department of	قسم الصحة ١٥١ ، ١٥٢ ، ١٥٥
income in per capita	الدخل لسكل فرد ١٥١
life expectancy in	توقعات الحياة ١٥١
in medical School	كلية الطب ١٥٢ ، ١٥٥ ، ١٢١
North - East Region(NER) of	المنطقة الشمالية الشرقية ١٥٣ ، ١٥٤ ، ١٥٧ ، ١٦٠ ، ١٦١
Population Council in	مجلس السكان في ١٥٩ ، ١٦٠
Post-partum program in	برامج ما بعد الولادة ١٥٢ ، ١٥٥ ، ١٥٧ ، ١٦٠ ، ٢١١
regionalization of	توزيع المناطق ١٥١ - ١٥٣

research in	البحث في ١٥٩
and ROCAP	ر. أ. ا. ب. المكتب الأمريكي ١٥٧
University of,	جامعة ١٥٥، ١٥٧
USAID in	يو إس . ا . ا . أى . دى ١٥٩
Great Britain, see United Kingdom	بريطانيا العظمى أنظر المملكة المتحدة
Institution building	بناء المعاهد ٢٢٢
Borneo	بورنيو ٥٩
World Leaders' Declaration	بيان قادة العالم ٨ - ١٠ ، ٢٨٥
Berelson, Bernard	بيرلسون برنارد ٢٧٩، ٣٠٦، ٢٨٨
Ova, tubal transport of	البويض. الانتقال خلال الأنايب
	٢٦١ - ١٦٢

(ت)

Thailand	تايلاند ٨ ، ٢١١ ، ٢٢٢ ، ٢٨٣
	٢٨٥ ، ٣٢٧ ، ٣٢٢
Taylor, Howard G. Jr.	تايلور هوارد . س الابن ٢٢٥-٢٤١
Birth control : see con -	التحكم في النسل
traceptives; family - plan -	أنظر موانع الحمل وبرامج تنظيم
ning program (s)	الأمرة
Turkey	تركيا ، ٣١٧ ، ٣٢٠ ، ٣٧٩

abortion in, induced,	الإجهاض التعمد في ١٢٢
birth rate in	معدل الولادة في ١٢٤ ، ١٣٢
contraceptives used in	موانع الحمل المستعملة ١٢٤ — ١٣١ ، ١٣٣ ، ٢٨١ ، ٢٨٥
family planning program in	برامج منع الحمل ١٢١ ، ٢٤٣ — ٣٤٤ ، ٣٦٣
Ministry of Health in	وزارة الصحة ١٢٣ ، ١٣
and mobile teams in	الفرق المتنقلة في برامج تنظيم الأسرة
family-planning program,	١٢٩ - ١٢١
Mother and Child	مراكز صحة الأمومة والطفولة ١٢٥
Health Centers in	
population of	السكان ١٢٢
Population Council in	مجلس السكان ١٢٣ — ١٢٧
post-partum program in	برنامج ما بعد الولادة ٢١١ ، ٢١٢
Scientific Committee in	الجمعية العلمية ١٢٤ ، ١٢٥
and USAID	يولاس ، أ. أي. حتى ١١٨ ، ١٢٥ ، ١٣٠
Marketing of birth-control	تسويق منتجات التحكم في النسل
products	٢٧٥ — ٢٨٦
Food and Drug Administration	نظامي الغذاء والدواء ١٩٩٠ ، ٢٤٨ ، ٢٥١

Ortho's Orthonovum sequential	تتابع أورثو نوفام ١٥٩
Ovulation suppression	تطيل (منع) التبويض ، ٢٥٦
	٢٦٠ — ٢٥٧
Sterilization	التعقيم ، ١٠٠ ، ١٠٢ — ١١٩
	٢١٧ ، ٢٩٣ ، ٣٦٦
Physician education of	تعليم الأطباء ٢٣٠ — ٢٣٣
in basic sciences	العلوم الأساسية ٢٢٦ — ٢٢٧
scope of work and influence	نطاق العمل والتأثير
of, see also medical education	أنظر أيضاً التعليم الطبي
Medical education : common	التعليم الطبي وأساسيات
fundamentals in	عامة في ٢٣٠ — ٢٤١
population	والسكان ٢٢٥ — ٢٤١
variations in structure of	تباين التكوين ٢٢٩
see also physician	أنظر أيضاً الطبيب
Torres, Antonio Hernandez	توريس ، أنطونيو هيرنانديز
	١٥١ — ١٦٢
Thompson, Warren	تومسون وارن ٢٢٤
Tunisia	تونس ، ٩ ، ١١ ، ١٣٥ — ١٥٠
	٢٢٧ ، ٣٤٤ ، ٣٤٩ ، ٣٥٢
abortion in; induced	الإجهاض المتعمد ١٣٨
birth rate in	معدل الولادة ١٣٦

Center for Economic and Social	مركز البحوث الاجتماعية
Research in	والاقتصادية ١٤٣ ، ٢٨٣ ، ١٨٥
contraceptives used in	موانع الحمل ١٣٧ ، ١٤١
death rate in	معدل الوفاة ١٣٧
family - planning	برامج تنظيم الأسرة ١٣٧ ، ١٥ ، ٣٥٢
program in mid - wives in	القابلات (الموليدات) ١٣٩ ، ١٤٥
Ministry of Health - in	وزارة الصحة ١٤٥
polygamy prohibited in	تحريم تعدد الزوجات ١٣٧
population Council in	مجلس السكان ١٥٠
post - partum program in	برنامج ما بعد الولادة ١٥٠
Ten - Year Plan in	الخطة المشترية ١٤٣
women liberated in	تحرير المرأة ١٣٧ ، ١٤٠
Tietze, Christopher	تيتز كريستوفر ٢٤٣ - ٢٥٤

(ث)

Agricultural revolution	الثورة الزراعية ٢٨٠
-------------------------	---------------------

(ع)

Guttmacher, Alan F.	جات ماشير ألن ف. ٢٠٠
Gamble, Clarence	جامبل كليرنس ٢٢٩
Jamaica	جاميكا ١١ ، ١٦٣ - ١٧٦
	٢٢٧ ، ٢٤٣
area of	المساحة ١٦٤
League of Birth - Control	رابطة التحكم في النسل ١٦٤

birth rate in	معدل النسل في ١٦٣
Child Welfare Association of	جمعية رعاية الطفولة ١٧٥
Commonwealth Immigration	قانون هجرة الكومنولث ١٦٣
Act in (1962)	
contraceptives used in	موانع الحمل المستعملة في ١٦٦-١٧٥
passim, cytology laboratory in	معامل علم الخلية ١٧١
family - planning program in	برامج تنظيم الأسرة ١٦٤ - ١٧٦
Federation of Women in	اتحاد النساء في ١٦٥
Five - Year Independence	الخطة الخمسية والاستقلال ١٦٦
Plan in	
mid - wives in	القبالات في ١٦٨ ، ١٧٣
Population Council in	مجلس السكان في ١٦٦ ، ١٦٩
population of	سكان ١٦٣ ، ١٦٥
resistance to family-planning	مقاومة برامج تنظيم الأسرة
program in	١٧٣ - ١٧٢
Roman Catholic Church in	كنيسة الروم الكاثوليك ١٧٥
Sample Survey of population	العينات المساحية للسكان في ١٦٤
in (1958)	
Victoria, Jubilee Hospital in	فكتوريا مستشفى جوبيل في ١٦٦ ، ١٧٠
Ryukyu Islands	جزائر رايكايو ٢٥
American Public Health	الجمعية الأمريكية للصحة العامة ١٩٥
Association	

Dominican Republic جمهورية الدومينيكان ١٨٥ ، ١٥٧ ، ٨
 Arab Republic of Egypt جمهورية مصر العربية ٢١١ ، ١١
 ٢٥٢ ، ٢١٧ ، ٢٨٤

South Africa جنوب أفريقيا ٢٤٣ ، ١٧٩

Five-Year Plan for Economic الحطة الخمسية لتطوير الاقتصادى
 Development of ٢٧ — ٢٤

Johnson, Lyndon B. جونسون ليندون ٢٦٨ ، ٢٠١ ، ٩

Jehari, Mohamed Khir جوهرى محمد خير ٧٠ — ٥٩

Gibbon, Edward جيبون إدوارد ١٨٠

Jellies, vaginal الجيلاتينات المهبلية ١٤١ ، ١٠٠ ، ٢٦
 ٢٨٢ ، ٢٧٨ — ٢٧٥ ، ٢٤٣ ، ١٩٩

(ح)

World War الحرب العالمية الثانية ١٤ ، ٤٧ ، ٦٠
 ٢٧٨ ، ٢٧٦ ، ١٩٤ ، ٨٥

Ota ring حلقة أوتا ٥١ ، ٢٧

Zipper ring حلقة موسسة ذات الزمام المنزلق ١٩٠

Sperm : fertilizing capacity of الحيوانات المنوية القدرة على الإخصاب
 ٢٦٨ — ٢٦٣

suppression of production of تعطيل الإنتاج ٢٧٤ - ٢٦٨

(خ)

Khan, Mohamed Ayub خان ، محمد أيوب ١٠٩ ، ٨

Maternal and Child Health خدمات صحة الأمومة والطفولة ٤٤ ، ٤٣ ، ٤٤

(MCH) services ٢٩٦ ، ٢٩٠٢٤٠ ، ١٢٥ ، ٩٧ ، ٥٠
Colombo Plan خطة كولومبو ٢١

(د)

Davies, Kingaley دافيز — كنجولي ١٨٤

Daly, Amor دالي — امور ١٣٥ — ١٥٠

Denmark الدانمارك ٢٧٤ ، ٤٥٣ ، ٢٤٤ ، ٨

Draper, William درابر وليام ٢٤٤ ، ٢٠٠

KAP studies دراسات ك. ا. ب (م. ا. م) ٢٣٠ ، ٢٠٦ ، ٢٠٣

Douche الدش ١٩٩

Depo — Provera ديو بروفير ١٦٠

(ر)

Deverell, Colville ديفاريل كولفيل ٣٤٥ — ٣٤٥

Raul, S.E. راؤل س. ا. ١٨٢٠

Aerosols الرذاذات ٢٨٣

Rockefeller, John D. روكفلر جون ٢٢٤ ، ١٤ — ٢٠٠

Romere, Herman رومير هيرمان ١٧٧ — ١٩٢

(ز)

Zatuchni, Gerald I. زاتوشني جيرالد ٢٠٨ — ٢٢٣

(س)

Satterhwaite, A.P. ساتر وايت، ا. ب ١٥٣

Sanger, Margaret	سانجر، مارجريت ٢٠٠
Papanicolaou smear	سجبة بابا نيكولا ٢١٦
Population : and medical education	السكان والتعليم الطبي ٢٢٥ - ٢٤١
world, projections of	أرما حل العالم ٧، ٣٦٤، ٣٧٩، ٣٨٠
Swedish International Development Authority (SIDA)	سلطات التطور الدولية السويدية ، ٢٩، ٤٠، ١١٩، ٢٤٩، ٢٥٢، ٢٥٣
Singapore	سنغافورة ٨، ١١، ٥٩، ٧١ - ٧٥، ٢١٠
area of	المساحة ٧١
birth rate in	معدل الولادة ٨٤، ٨٥، ٨٧، ٢٤٣
clinical services in	الخدمات الإكلينيكية ٧٧ - ٧٩
contraceptives used in	موانع الحمل المستعملة ٧٩، ٨١، ٢٨٤
death rate in	معدل الوفاة ٨٧
educational program in	البرامج التعليمية ٨٢، ٨٣
ethnic groups in	المجموعات العرقية ٧١
and Family Planning Association (SFPA)	جمعية سنغافورة لتنظيم الأسرة ٧٢-٧٨
population Board (FPPB)	الهيئة الخمسية ٧٢-٧٧، ٧٩، ٨٧
Five-Year Plan in	مجلس سنغافورة لتنظيم الأسرة ٧٢-٧٨
	الهيئة الخمسية ٧٢ - ٧٧، ٧٩، ٨٧

and future of family -	مستقبل برامج تنظيم الأسرة ٨٥-٨٧
planning program	
highlights of National	الوجه المشرق لبرنامج
Family Planning Program in	تنظيم الأسرة القومي ٧٨ ، ٨٣
Kandang Kerbau Maternity	مستشفى كالدانج كريبو للأمومة ٧٤ ،
Hospital (KKMB) in	٧٩ ، ٨١ ، ٨٤
mid-wives in	القابلات (الحكيمات) ٨٣
Ministry of Health in	وزارة الصحة ٧٢
national income of	الدخل القومي ٧١ ، ٨٥
Population Council in	مجلس السكان ٧٩
post-partum program in	برامج ما بعد الولادة ٧٨-٨٢ ، ٢١٢
Publicity and Health Education	هيئة المنشور العامة والتعليم ٨٤
Committee in	
Review Committee in	هيئة الاستعراض ٧٢
Sweden	السويد ٨ ، ١١٨ ، ١٢٦ ، ١٩٦ ،
	٢٢٥ ، ٢٣٠ ، ٢٤٤ ، ٢٤٧ -
	٢٧٤ ، ٣٦١
Segal, Sheldon J.	سيغال ، شلدون ٣٥٥ - ٢٧٣
Ceylon	سيلان ١١ ، ٢٢٢ ، ٢٩٦
and family-planning assistance	ومساعدات تنظيم الأسرة المقدمة
by Sweden.	من السويد

(ش)

Near East	الشرق الأدنى ٢٨٢ ، ٢٨٤ ، ٢٨٥
	٢٣٩ ، ٢٤٤

Middle East	الشرق الأوسط ٢٨٥ ، ٢٨١
Ghow, L. P.	شو، ل. ب ٤٧ - ٥٨
Chiang Mon-lin	شيانج مون لين ٤٨
Chile	شيلي ١١٧٧ - ١٩٢ ، ٢٤٢، ٢٢٦
abortion in, induced	الإجهاض المتعمد في ١٨٧ ، ١٩٢
birth rate in	معدلات الولادة في ١٨٢ ، ١٨٦
contraceptives used in	موانع الحمل المستعملة في ١٨٢ ، ١٩٠ ، ٢٤٧
family-planning program in	برامج تنظيم الأسرة في ١٨١ - ١٨٣ ، ١٨٨ - ١٩٢
mid-wives in	القابلات ١٨٦
National Health Service in	في خدمات الطب الوطني ١٨٦ ، ١٨٩ ، ١٨٧
Population Council in	في مجلس السكان ١٨٩
post-partum program in	في برامج ما بعد الولادة ٢١٢
Roman Catholic Church in	كنيسة الروم الكاثوليك ١٨١ - ١٨٣
Society for Family protection	جمعية حماية الأسرة ١٨٨ - ١٩٢
(ص)	
China, mainland	الصين الشعبية ١١ ، ١٨٣ ، ٣٦٦، ٣٠٠
Taiwan	الصين الوطنية ١١ ، ٢٥ ، ٤٧ - ٥٨ ، ٣٢٧

birth rate in	معدل الولادة ٤٧٤ ، ٥٥٠ ، ٣٠١ ، ٢٤٣
Committee on Family-planning	هيئة تنظيم الأسرة ٤٩
contraceptives used in	موانع الحمل المستخدمة ٤٩ - ٥٧
	٢٤٧ ، ٢٤٩ ، ٢٨٣ ، ٢٨٥
cultural pattern of	الطراز الثقافي ٤٨
family - planning program in	برامج تنظيم الأسرة ٤٧ - ٥٨
	٢٩٠ ، ٢٩٥ ، ٢٩٨ ، ٣٠١ ، ٣١٣
field workers in	العاملون بالميدان ٥٠ ، ٥١
knowledge - Attitude - practice	قسم للمعرفة والاتجاه والممارسة ٥٢
(KAP) surveys in	
literacy in	التعليم ٤٧ - ٤٩
Maternal and Child Health	جمعية صحة الأمومة والطفولة ٥٠
Association in	
OBG doctors in	أخصائيو أمراض النساء والولادة
	٤٩ ، ٥١ ، ٥٤
population of	السكان ٤٧
Population Council in	مجلس السكان ٥٢
Population Studies Center in	مركز الدراسات السكانية ٤٩ ، ٥٢ ، ٥٤
Pre - pregnancy Health	البرنامج الصحي لما قبل الحمل ٤٩
Program (PPH) in	
	(ط)
Rhythm method, of contra -	طريقة الرتم لمنع الحمل ٢٦ ، ٧٦ ، ١٥٨
ception	١٥٩ ، ١٧٥ ، ١٩٠ ، ١٩٨ ، ٢٤٣
	٢٥٥ - ٢٥٧ ، ٢٠٧

(ع)

Religion, and family-planning ٢٨٩ العقيدة وبرامج تنظيم الأسرة
programs

Anti-progestational agents العوامل المضادة للبروجسترون
٢٦٧ ، ٢٦٩

Luteolyticagents العوامل المضادة للجسم الأصفر ٢٦٨ ، ٢٩٦

Ant-partum clinic عيادات ما قبل الولادة ١٥٥ ، ٢١٩

(غ)

Ghana غانا ٢٤٢ ، ٢٥٣

Diaphragm,as contraceptive الفشاء كإبح الحمل ٢٦ ، ٧٦ ، ١٠٠
١٩٨ ، ٢٤٣ ، ٢٧٥ - ٢٧٨ ، ٢٨٢

(ف)

France فرنسا ٢٧٩

Frei, Eduardo فرى ، إدواردو ١٧٧ ، ١٧٩

Philippines الفلبين ٨ ، ٢١١ ، ٢٧٩

Venezuela فنزويلا ١٨٢ ، ٢١١

(ق)

Infanticide قتل الأطفال ١٨

Condom القرايد الواقى الذكرى ٢٦ ، ٣٦ ،

٧٥ ، ١٠٠ ، ١٠٢ ، ١١٦ ، ١٤١ ،

١٤٨ ، ١٥٠ ، ١٥٨ ، ١٦٠ ، ١٩٩ ،

Passim	٢١٩ ، ٢٤٣ ، ٢٧٥ ، ٢٩٤
	٣٠٧ ، ٣٧٠
Vasectomy	٢٣٩، ١١٦، ٣٩، ٣٨ قطع الوطاء الناقل
	(ك)
Kanagaratnam K.	كانا جراتنام ك ٧١ — ٨٨
Canada	كندا ١٩٦ ، ٢٨٢ ، ٢٨٤
Roman Catholic Church	كنيسة الروم الكاثوليك ٧٥ ، ١٨١ ،
	١٨٢ ، ١٩٦ ، ٢٤٢
Cuba	كوبا ١٨٥ ، ١٩١
Corra, Leslie	كورسا — ليزلي ١٩٣ — ٢٠٤
Curphey, Colonel	كورفي كولونيل ١٦٥
Korea, South, see South Korea	كوريا الجنوبية
South Korea	كوريا الجنوبية ٨ ، ١١ ، ٢٥ ،
	٢٣ — ٤٥ ، ٣٢٧
area of	المساحة ٢٣
birth rate in	معدل الولادة ٣٨
contraceptives used in	موانع الحمل المستعملة ٤٤، ٤٠، ٣٨ ،
	٢٤٧ ، ٢٤٩ ، ٢٨٢ ، ٢٨٥ ،
	٣٠٦ ، ٣٠٩ ، ٣٩٧
Economic Planning Board in	مجلس التخطيط الاقتصادي ٢٨ ، ٢٩٠ ،
family planning program in	برامج تنظيم الأسرة ٣٦ — ٤٥ ،
	٣٥٢ ، ٣٦٦ ، ٣٦٧

field workers in	العاملين في الميدان ٣٨ — ٤٢
literacy in	التعليم ٣٢
Maternal and Child Health	خدمات صحة الأمومة والطفولة ٤٣،
(MCH) Services in	٢٩٠ ، ٤٥
mid-wives in	القابلات ٣٩
Ministry of Health	وزارة الصحة والشئون الاجتماعية
and Social Affairs in	٣٦ ، ٤٢ — ٤٥ ، ٢٩٠
National Enlightenment Camp-	مجمع التنوير القوي ٣٥
sign in	
and Planned Parenthood	واتحاد الأبوة المنظمة
Federation (PPFK)	٣٨ ، ٤٠ ، ٣٢
population of	السكان ٣٣ ، ٣٥ ، ٣٦٧
Population Council in	مجلس السكان ٣٩ ، ٤٠
refugee problem in	مشكلة اللاجئين ٣٤
Supreme Council for	المجلس الأعلى لإعادة البناء ٣٦
National Reconstruction in	
and Ten-Year Plan for	الخطة العشرية لتنظيم الأسرة
family-Planning	٣٧ — ٤٥
universities of	الجامعات ٤٠
(USAID)	يو . اس . ا . اى . دى (وكالة الامون
	لجيش الولايات المتحدة) ٣٩

Costa Rica	كوستاريكا ١٨٥ ، ١٩١
Colombia	كولومبيا ٨ ، ١١ ، ١٨٨ ، ٢٢٢
Comstock, Anthony	كومستوك ، أنتون ١٩٦
Kishi, Nobusuke	كيشي ، نوبوسوك ٣١
Kim, Taek	كيم ، تيك ١٤ ، ٢٣ — ٤٥
Keeny, S. M.	كين ، س. ٢٨٧ م — ٣٠٢
Kenya	كينيا ١١ ، ٣٠٨ ، ٣٣٠ ، ٣٤١ ، ٣٤٢ ، ٣٤٩ ، ٣٥٢

(ل)

Intra - uterine device (IUD) :	الولب
acceptability of	قبول ٢٤٧ ، ٢٤٨ ، ٢٥٤
and cancer, question of	والسرطان سؤال عن ٢٥٣
in Chile	في شيلي ١٨٣ ، ١٩٠ ، ١٩١
Co-operative Statistical Prog-	البرنامج الإحصائي التعدادي التقييم
ram (CSP) for evaluation of	١٧٥ ، ١٥٩ ، ٢٤٥ — ٢٥٠ ، ٢٥٢
expulsion rate of in India	سرعة السقط في الهند ٩٦ ، ٩٩ — ٩٣
	١٠٢ ، ٢٤٩ ، ٢٥٠ ، ٢٨٣ ، ٢٨٥
in Jamaica	في جاميكا ١٦٦ ، ١٦٩ — ١٧٤
in Japan	في اليابان ٢٦ — ٣٠ ، ٢٤٥ ، ٢٨٣
manufacturing and marketing	صناعة وتسويق ٢٨٢ ، ٢٨٣

mode of action of	طريقة عمل ٢٤٥
in Pakistan	في باكستان ١١٣ ، ١١٧ ، ٢٨٣ ،
	٢٦٧ ، ٢٨٥
and pelvic inflammatory disease (PID)	في مرض التهاب الحوض ٢٥٢
physician instructed in use	تعليم الأطباء استعماله ٢٣٦
in post - partum program	في برنامج ما بعد الولادة ٢١٨
in Puerto Rico	في بورتوريكو ١٥٤ ، ١٥٦ - ١٦١
side effects of	الآثار الجانبية ٢٤٧
in Singapore	في سنغافورة ٧٥ ، ٧٨ - ٨٢ ، ٢٦٧
in South Korea	في كوريا الجنوبية ٢٨ ، ٢٨٣ ،
	٢٨٤ ، ٣٠٦
in Taiwan	في الصين الوطنية ٤٨ ، ٢٨٣ ،
	٢٨٥ ، ٢٩٢
in Tunisia	في تونس ١٤١ ، ١٤٢ ، ١٤٧ ،
	٢٨٣ ، ٢٨٥
in Turkey	في تركيا ١٢٥ - ١٣١ ، ١٣٣ ،
	١٨٢ ، ١٨٥
in United States	في الولايات المتحدة ٢٠٠ ، ٢٠١ ،
	٢٤٦ ، ٢٤٨ ، ٢٨٤ ، ٣١
see also Lippes loop, Ota	أنظر أيضاً لولب ليس وحلقة الوسطة
ring, Zipper ring	

Lippes loop pessim	لولب ليس ٢٧ ، ٣٩ ، ٤٥ ،
	٤٨ — ٥٧ ، ١٠٠ ، ١٢٤ ، ١٤١ ،
	١٤٨ ، ١٦٩ ، ١٧٠ ، ٢٩٢ ، ٢٩٨ ،
	٣٦٦ ، ٢٦٧
Levin, Harry	ليفن هارى ٢٧٥ — ٢٨٦

(٢)

Josiah Macy Foundation	مؤسسة جوشيا ماسى ٣٣٤
Rockefeller Foundation	مؤسسة روكفلر ١٨٩ ، ٣٢٣ — ٣٢٧ ،
	٣٣٣ ، ٣٥٥ ، ٣٧٤
Scripps Foundation	مؤسسة سكريب ٣٣٣
Ford Foundation	مؤسسة فورد ٥٠ ، ٦٨ ، ١١٩ ، ١٥٠ ،
	١٨٩ ، ٢٩٩ ، ٣٢٣ ، ٣٢٦ ، ٣٣٠ ،
	٣٣٣ ، ٣٥٥ ، ٣٧٤
Muramatsu, Minoru	ماراماتسو، مينورو ١٧ — ٣١
Malaysia	ماليزيا ٨ ، ١١ ، ٥٩ ، ٧٠ ، ٣٢٧
birth rate in	معدل الولادة فى ٦٠
contraceptives used in	موانع الحمل المستعملة فى ٦٦
death rate in	معدل الوفاة فى ٦٠
East	الشرق ٥٩
ethnic groups in	الجماعات العرقية ٦٠
family — planning program in	برنامج تنظيم الأسرة ٥٩ ، ٧٠ ،
	٢٤٣ ، ٣٥٢

in Puerto Rico	فى بورتوريكو ١٥٩ ، ١٦٠
in Singapore	سنگافورة ٧٩
in South Korea	كوريا الجنوبية ٣٨ ، ٤٠
in Tunisia	تونس ١٥٠
in Turkey	تركيا ١٢٣ - ١٢٧
Morocco	مراكش (المغرب) ، ٢٨٣ ، ٢٨٥ ، ٣١٠ ، ٢٢٧ ، ٢٤٤ ، ٢٥٢
Regional Office, Central America and Panama (ROCAP)	المركز الإقليمى لوسط أمريكا وبنما ١٥٧
Michigan Population Studies Center	مركز الدراسات السكانية فى ميتشجن ٢٢٧
Population surveys	مسح السكان ٣٠٣ - ٢٢٠
Sample survey	مسح العينات ٣٠٣ - ٣٠٥
World population, projections of	مشروع سكان العالم ٧ ، ٦٤ ، ٢٧٩
Marshall Plan	مشروع مارشال ٢٧٠
Egypt	مصر ٣٢٧
Birth rate(s) : in Africa	معدلات الولادة فى أفريقيا ٣٠٨
in Chile	فى شيلى ١٨٣ ، ١٨٦ ، ١٠١
in India	فى الهند ٩١ ، ٩٢ ، ٩٤ ، ١٠٥
in Jamaica	فى جاميكا ١٦٣
in Japan	فى اليابان ١٧ ، ٢٣

in Malaysia	في ماليزيا ٦٠
in Pakistan	في الباكستان ١٠٨ ، ١١٣
in Puerto Rico	في بورتوريكو ١٥١
in Singapore	في سنغافورة ٨٤ ، ٨٥ ، ٨٨ ، ٢٤٣
South Korea	في كوريا الجنوبية ٣٧ ، ٣٠١ ، ٢٤٣
in Taiwan	في الصين الوطنية ٤٧ ، ٥٦ ، ٢٠١ ، ٢٤٣
in Turkey	في تركيا ١٢٢ ، ١٣١
in United States	في الولايات المتحدة ١٩٤
Office of Population Research	مكتب أبحاث السكان ٣٢٤
Office of Economic Opportunity	مكتب الفرص الاقتصادية ١٦٠
Population Reference Bureau	مكتب مراجع السكانيات ٣٢٢
Mexico	المكسيك ١٨٣ ، ١٩١ ، ٢١١ ، ٢٧٩
	٢٢٦ ، ٢٣٠ ، ٢٧٩
Malthus, Thomas	ملثس . توماس ٢٢٥
United Kingdom	المملكة المتحدة ٨ ، ١١٧ ، ١١٨ ، ١٣٢ ، ١٦٣ ، ٢٥٢ ، ٢٧٩ ، ٢٨٢
	٢٨٤ ، ٢٤٣
Pathfinder Fund	منحة الريادة (منحة بات فايندر)
	٢٩٨ ، ٣٢٤ ، ٢٧٤

in Puerto Rico	في بورتوريكو ١٥٣، ١٥٦، ١٦١
in Singapore	في سنغافورة ٧٦، ٧٨-٨٢، ٢٨٤
in South Korea	في كوريا الجنوبية ٢٧، ٢٨، ٤٤، ٢٤٧، ٢٤٩، ٢٨٣، ٢٨٤، ٣٠٦، ٣٠٩، ٣٦٦
Taiwan passim	في الصين الوطنية ٤٨-٥٧، ٢٤٧، ٢٤٩، ٢٨٣، ٢٨٥، ٢٩٢، ٣٠٩
in Tunisia passim	في تونس ١٣٧، ١٤٠-١٤٨، ١٥٠، ١٦١
Passim	٢٨٣، ٢٨٥
in Turkey	في تركيا ١٢٣-١٣١، ١٣٣، ٢٨٣، ٢٨٥
in United States	في الولايات المتحدة ٢٦، ١٩٧-١٩٩، ٢٠١، ٢٤٦، ٢٤٨، ٢٤٩، ٢٥٢، ٢٧٩، ٢٨٦، ٣١١
see also family - planning program(s)	أنظر أيضا برامج تنظيم الأسرة
Oral contraceptives (OCS)	موانع الحمل الفموية ٢٨، ٣٠، ١٣٢، ٢٤٣، ٢٤٦، ٢٩٣، ٢٩٩، ٣٧٠
acceptability of	قبولها ٢٤٧-٢٥٤
and cancer, question of	والسرطان ٢٥٤
in Chile	في شيل ١٩٠
combined type of	النوع المشترك ٢٤٤، ٢٤٦

in India	في الهند ١٠١، ١٠٢
in Jamaica	في جاميكا ١١٩
in Japan	في اليابان ٢٨٤
in Malaysia	في ماليزيا ٦٤، ٦٦
manufacturing and marketing	وتصنيع وتسويق ٢٨١ - ٢٨٥
in Pakistan	في الباكستان ٢١٧
and post-partum program	وبرنامج ما بعد الولادة ٢١٦، ٢١٧
in Puerto Rico	في بورتوريكو ١٥٤، ١٥٦، ١٦٢
safety of	الامن ٢٥١
sequential	التتابع ٢٤٦
side effects of	الاعراض الجانبية ٢٤٨
in Singapore	في سنغافورة ٧٥، ٨٢، ٢٨٤
South Korea	في كوريا الجنوبية ٤٤، ٢٨٥
in Taiwan	في الصين الوطنية ٥٦، ٥٧
and thrombo-embolic disease	وأعراض الانسداد التعللي ٢٥٢
in Tunisia	في تونس ١٤٠، ١٤٧، ١٥٠
in Turkey	في تركيا ١٢٣، ١٢٧
Hormonal contraception	موانع الحمل الهرمونية ٢٥٧، ٢٨٦
Mauldin, W. Parker	مولدين و. باركر ٣٠٣، ٣٢٠
Merrill, Malcolm H.	ميريل، مالكولم. ه. ٣٦٣، ٣٧٥
Mestranol	ميسترانول ١٥٩
Michanek, Ernst	ميشانيك، إرنست ٢٤٩

(ن)

Sierra Club	نادى سيرا ١٩٥
Norway	النرويج ٣٧٤ ، ٣٥٢ ، ٨
Notestein, Frank	نوتستين ، فرانك ١٧٨ ، ٢٢٤
Norgestrel	نورجستريل ١٥٩
Nepal	نيپال ٨ ، ١١ ، ٣٥٢
Nigeria	نيجيريا ٣٠٨ ، ٢٤٢ ، ٢٥٣ ، ٣٨٣
New Zealand	نيوزيلاندة ٨ ، ١٨٤ ، ٢٨٢ ، ٢٨٤

(هـ)

Harkavy, Oscar	هاركاف أوسكار ٣٢٣ ، ٣٣٤
Ovulen	هرمون البيض د الأوفولين ١٥٩
India	الهند ٨ ، ٣١ ، ٢٧ ، ٨٩ — ١٠٥ ، ١٨٣ ، ١٨٤ ، ٢١٠ ، ٢٢١ ، ٢٢٩
	٢٤٧ ، ٣٤٩ ، ٢٧٩
birth rate in	معدلات الولادة ٩٠ ، ٩٣ ، ٩٤ ، ١٠٤
Central Family Planning	المجلس المركزى لتنظيم الأسرة ١٠٢ ، ٩٦
Council in	
and communications in	المواصلات فى برامج تنظيم الأسرة
family - planning program	٩٨ ، ٩٩
contraceptives used in	موانع الحمل المستغلة فى
Department of Family	أقسام تنظيم الأسرة ٩٢ ، ٩٥ ، ٩٦
Planning in	٩٩ — ١٠٢ ، ٢٤٨ ، ٢٨٣ ، ٢٨٤

diversity of cultures in	تعدد الثقافات ٩١
[family - planning program	برامج تنظيم الأسرة في ٩١ - ١٠٥ ،
	٢٨٩ ، ٢٩٠ ، ٢٩٥ ، ٢٤٣ ، ٣٥٢
	٣٦٥ ، ٣٦٦ ، ٣٧٠ ، ٢٧١ ، ٣٠٠
	٣٠٢
Five year plans in	خطة السنوات الخمس في ٩١ - ٩٣ ، ٩٦
	١٠٣ ، ٩٨
food production	إنتاج الغذاء ٨٩
housing short - age in	الإسكان لمدة قصيرة ٨٩
illiteracy in wide - spread	الجهل الشائع ، الأمية المتفشية ، ٩١
industrial production	الإنتاج الصناعي ٨٩
IUD used in	الحوالب المستعملة ٩٣ ، ٩٥ ، ١٠٠ ،
	١٠١ ، ٢٤٨ ، ٢٨٣ ، ٢٨٥
life expectancy in	توقع الحياة في ٩١
Maternal and Child Health	خدمات صحة الأمومة والطفولة في ٩٧
(MCH) services in	
Mydical Association of	الجمعيات الطبية ١٠٣
mid - wives in	القابلات في ١٠٣
Ministry of Finance in	وزارة المالية ٩٦
Planning Commission in	مجلس التخطيط ٩٦

population of	تعداد السكان ٩٠، ٩١
post-partum program in	برنامج ما بعد الولادة ٢١١، ٢١٢
size of	حجم ٩١
and training of workers for	تدريب العاملين في برامج تنظيم
family-planning program and	الأسرة ١٠١ - ١٠٣

USAID	و.أ.س.أ.إي. ١٠١.٥
Henriquez, Silva, Cardinal	هنريكويز، سلفا كرهينال ١٨٢
Hong Kong	هونغ كونج ٧١٠، ٢١١، ٢٨٤، ٢٩٢، ٣٤٣، ٣٥٣
Population Crisis Committee	هيئة أزمة السكان ٢٠١
Sino-American Joint Com- mission on Rural Reconstruction	الهيئة الصينية الأمريكية لإعادة بناء الريف

(و)

Wahren, Carl	وارين، كارل ٣٤٧ - ٣٦١
Infant mortality	وفيات الأطفال ١٣، ٥٦، ٨٥، ١٣٦، ١٣٩، ١٥١، ١٨٦، ٢٠٣، ٣٤٠
United States Agency for International Development (USAID)	وكالة الأمم المتحدة للتنمية الدولية ٢٩، ٤١، ٨٩، ١١٨، ١٢٥، ١٣٠، ٣٦٨ - ٣٧١، ٣٧٣ - ٣٧٥

Obstetrics - gynecology (OBG) ، الولادة وأمراض النساء ، ٥١ ، ٤٩

٢٢٤ ، ٢٢٤ ، ٢٢٣ ، ٢٢٩ ، ٥٤

education of specialist in تعليم الاختصاصيين ٢٢٨ - ٢٢٦

United States ، الولايات المتحدة ، ١١٧ ، ٤٨ ، ٦

٣١٥ ، ٢٩٩ ، ٢٠٤ ، ١٩٣ ، ١٣٢

٣٣٠ ، ٣٢٦ ، ٣٢٥

passim abortion in, induced الإجهاض المتعمد

assistance of to world family - مساعداتها ٣٦٧ - ٢٧٤ العالم في برامج

planning programs تنظيم الأسرة ٢٤٥ ، ٢٤٨ ، ٢٤٠

٣١١ ، ٢٨٦ - ٢٨٠ ، ٢٥٣

birth rate in معدل الولادة ١٩٤

contraceptives used in موانع الحمل المستعملة ٢٧ ، ١٩٧ -

٢٠١ ، ١٩٩

death_rate in معدل الوفاة ١٩٤

family - planning program in برنامج تنظيم الأسرة ١٩٣ ، ٢٠٠ -

٢٠٤

post - partum program in برنامج ما بعد الولادة ٢١١

in United States	الولايات المتحدة ١٩٩ ، ٢٤٩ ، ٢٤٨ ، ٢٨٤ ، ٢٨٢ ، ٢٨١ ، ٢٥٢
Whelpton, P. K.	ولبتون ب. ك ٣٢٤
Williams, L. L.	وليامز ، ل. ل ١٦٣ - ١٧٦
(٥)	
Japan	اليابان ١٨٠٨ ، ٢٩ ، ١٨٣ ، ١٩٧
abortion in, induced	الاجهاض المتعمد في ١٨ ، ٢٠ ، ٢٣ ، ٢٤ ، ٢٨ ، ٢٩ ، ٢٨٠
birth rate in	معدل الولادة ١٧ ، ٢٢ ، ١٣٥
contraception instructors in	تعليم منع الحمل ٢٢ ، ٢٤
contraceptives used	موانع الحمل المستعملة في ١٩ ، ٢٢ ، ٢٤ - ٣٠ ، ٢٧٩ ، ٢٨٣ - ٢٨٥
Eugenic protection Law in	قانون حماية تحسين النسل ١٨ ، ٢٠
Family - planning Feperation of	اتحاد تنظيم الاسرة ٢٥ ، ٣١
Family - planning program in	برامج تنظيم الاسرة في ٢١ ، ٢٦
passim; Institute of Public	معهد الصحة العامة ٢٤
Health in	
literacy	التعليم في ٢٧ ، ٣٠
in mid - wives in	القابلات في ٢١
Ministry of Health and	وزارة الصحة والخدمات ٢١
Welfare	

in population of (1948)	سكان ١٨
post - partum program in	برنامج ما بعد الولادة ٢١١
Human Rights Day (Dec. 10 1967)	يوم حقوق الإنسان (١٠ ديسمبر سنة ١٩٦٧)
Yong Nyuk Lin	يونيغ ليك لن ٧٦
UNICEF	يوني سيف ٣٥١

دار العلم للطباعة ٤٠ شارع خيرت — المالية
تليفون : ٢٠١٤٠

رقم الإيداع بدار الكتب ١٩٧٢/٥٨٩٢

هذا الكتاب

يتضمن هذا الكتاب مجموعة مختارة من الأحاديث العلمية عن برامج تنظيم الأسرة، ويصف تجارب الحكومات في بلاد كثيرة استطاعت أن تنظم النسل بها ، مثل اليابان التي تعتبر ممجزة شرق آسيا في هذا المضمار ، كما تقرأ فيه ما قامت به بلاد مثل الهند والباكستان وتركيا وتونس وغيرها .

والكتاب يتناول في قسم منه موضوعات متخصصة كبرامج الخدمات التي تقدم للأمهات بعد الوضع ، وتقييم لأحدث وسائل منع الحمل ، واتجاهات حديثة في التحكم في الخصب ، وتصنيع وتسويق وسائل منع الحمل ، ومدى ما تتكلمه برامج تنظيم الأسرة ، والمسح السكاني بأسلوب علمي .

وفي قسم آخر منه يتضمن عرضاً لأهم برامج المعونة الدولية التي يمكن أن تحصل عليها الدول ، ومختلف الجهات والهيئات التي تقدم مثل هذه المعونة .

وعلى العموم فالكتاب طابعه التنوع في عرض تجارب تطبيقية متفاوتة تجمع بين دول نجحت في خفض معدلات مواليدها والتوصل إلى موازنة سكانية ، ودول بدأت حكوماتها نفيق من سباتها وتشعر عن ساعد الجسد لمعالجة هذه المشكلة ، ودول تفاقم فيها الموقف السكاني حتى اضطرت إلى اللجوء إلى حلول يائسة .
إنه كتاب لابد أن يقرأ ، ، ،

